

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Denisa Šťastná

Souvislosti mezi projevy ADHD v dětství, dospělosti a užíváním návykových
látek: případová studie

Relationship between symptoms of ADHD in childhood, in adulthood and
substance abuse: a case study

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze.....

Denisa Šťastná

.....

Identifikační záznam:

ŠŤASTNÁ, Denisa. *Souvislosti mezi projevy ADHD v dětství, dospělosti a užíváním návykových látek: případová studie. [Relationship between symptoms of ADHD in childhood, in adulthood and substance abuse: a case study]*. Praha. 79 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie 1. LF UK 2014. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Lenka Čablová.

Abstrakt

VÝCHODISKA: ADHD je v současné době často probíraným tématem kvůli své perzistující formě, kdy tyto symptomy přecházejí do dospělosti a jedinci způsobují problémy ve všech oblastech života. Zvláště pokud je zkombinováno se závislostí na návykových látkách. Nyní je v České republice tato problematika zkoumána z hlediska úspěšnosti těchto jedinců trpících ADHD v léčebných zařízeních, a to konkrétně v terapeutických komunitách. Klienti vykazují problémy s celkovým profitem z léčby, dochází k častému vypadnutí z léčby a k prohlubování závislosti.

CÍLE: Cílem práce bylo zjistit, zda u daného klienta mají vyskytující se symptomy ADHD souvislost s užíváním návykových látek v adolescenci a dospělosti. Dále jaké problémy způsobují symptomy ADHD od dětství do dospělosti a jaké problémy způsobují v průběhu léčby.

METODY: Informace byly získány pomocí polostrukturovaného interview, kde jsme se zaměřili na okruh otázek týkající se anamnézy, a to hlavně daných projevů ADHD od dětství do dospělosti. Další metodou sběru dat byla práce s existujícími dokumenty, a to dotazníkem Diagnostické interview o ADHD u dospělých (DIVA).

VÝSLEDKY: Výsledkem je, že vyskytující se problémy s pozorností v dětství, pravděpodobně vedly k užití návykové látky, jež byla pro klienta formou automedikace a vedly k dalšímu užívání a tím rozvinutí závislosti až do dospělosti. Symptomy ADHD klientovi od dětství způsobovaly problémy s pozorností, které vedly k špatnému prospěchu, špatnému zařazení v kolektivu, následnému užívání návykových látek, problémům v zaměstnání, v sociálních kontaktech a nakonec k špatné prosperitě při léčbě závislosti, u klienta díky symptomům ADHD dochází k opakovanému vypadnutí z léčby.

ZÁVĚR: Do budoucna je důležité klientům léčebných zařízení, kteří trpí symptomy ADHD přizpůsobit podmínky pro zvládání léčebného procesu, aby jejich celkový profit z léčby byl co nejvyšší.

Klíčová slova: ADHD v dětství a dospělosti, diagnostika ADHD, ADHD a užívání návykových látek, problémy způsobené symptomy ADHD, ADHD a úspěšnost léčby.

Abstract

BASIS: Nowadays, ADHD is a frequently discussed topic thanks to its persisting form, which means that a person suffers from its symptoms even in his/her adult life and that they cause problems in many activities – especially if combined with drug abuse. In the Czech Republic this issue is currently being investigated to ascertain the success rate of therapies focused on individuals affected by ADHD, specifically taken care of in therapeutic communities. Clients are often unable to benefit from the treatment and finish it prematurely whilst worsening their addiction.

AIMS: The aim of this thesis is to find out if the symptoms of ADHD affecting a specific client were related to his drug addiction in adolescence and adulthood. Furthermore we will look into problems connected to ADHD that affect person's life from the very beginning up to adulthood and how they influence its treatment.

METHODS: Information used was obtained through an interview focused on questions regarding his case history, especially symptoms emerging throughout subject's life. The next method used to gather data was a work with already existing documents, namely a questionnaire called "Diagnostické interview o ADHD u dospělých" (DIVA).

RESULTS: The conclusion is that given problems probably led to drug abuse, which could be understood as a kind of "self-medication" that resulted in a long-time addiction including our client's adulthood. ADHD symptoms kept causing him problems with attention, and thus with school results and acceptance in society, which was followed by drug abuse, troubles at job and inability to socialize properly. Addiction treatments have worked poorly so far and due to the presence of ADHD our client keeps interrupting them prematurely.

CONCLUSION: In the future we need to adjust conditions of the addiction treatment process to the needs of people affected by ADHD, so their benefit from it would be greater.

Key words: ADHD in childhood and adulthood, ADHD diagnosis, ADHD and addictive drugs abuse, problems caused by ADHD symptoms, ADHD and treatment efficiency.

OBSAH

ÚVOD	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 VÝVOJ TERMÍNU A KLASIFIKACE ADHD	9
2 ADHD V DĚTSTVÍ	10
2.1 Klinický obraz	10
2.2 Konkrétní příklady symptomů ADHD u dětí	12
2.3 Příčiny vzniku ADHD	13
2.4 Diagnostika ADHD v dětství	14
2.5 Léčba ADHD u dětí	16
3 ADHD V DOSPĚLOSTI	20
3.1 Klinický obraz ADHD	20
3.2 Příčiny vzniku ADHD	22
3.3 Diagnostika ADHD v dospělosti	22
3.4 Možnosti vyšetření	25
3.5 ADHD a užívání návykových látek	28
3.6 Komorbidity u uživatelů návykových látek	31
3.7 Možnosti léčby ADHD u dospělých	35
3.8 Dopad ADHD na profesní a sociální život	39
II. PRAKTICKÁ ČÁST	41
4 CÍL A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	42
5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	43
5.1 Popis a výběr výzkumného souboru	43
5.2 Etické aspekty	43
6 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	45
7 ZPRACOVÁNÍ DAT A JEJICH PŘÍPRAVA PRO ANALÝZU	47
8 ANALÝZA DAT	49
9 CHARAKTERISTIKA SUBJEKTU KAZUISTIKY	50
9.1 Osobní anamnéza	50
9.2 Sociální anamnéza	51
9.3 Rodinná anamnéza	53
9.4 Drogová anamnéza	54
9.5 Léčby a abstinční pokusy	56
9.6 Situace výchozího bodu	57
9.7 Další vývoj	58
10 VÝSLEDKY	59
10.1 Vzdělání/zaměstnání	59
10.2 Vztahy a/nebo rodina	62
10.3 Sociální kontakty	64
10.4 Volný čas / koníčky	66
10.5 Sebedůvěra / obraz sebe sama	67
11 SOUHRN PŘÍPADU	69
12 DISKUZE	71
ZÁVĚR	74
POUŽITÁ LITERATURA	75
PŘÍLOHY	80

ÚVOD

Problematika ADHD u dětí je v současné době něco, co je v běžné populaci probíráno a většina rodičů je s touto poruchou seznámena. Méně lidí je však obeznámeno tím, že může přecházet i do dospělosti, je tomu tak asi u 40-50 % jedinců, kteří těmito projevy v dětství trpěli. U mnoha lidí dochází k odhalení ADHD až v dospělosti.

V současné době je probíraným tématem souvislost ADHD a užívání návykových látek. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), je často se vyskytující duální diagnózou, u závislých na návykových látkách, jejíž prevalence u dospělých lidí, kteří zneužívají návykové látky je 11 až 35 % (Kalbag & Levin, 2005).

Dospělí jedinci trpící ADHD mají obtíže ve zvládání životních situací, jak v osobním, tak v profesním životě. V souvislosti s užíváním návykových látek pak tito lidé zažívají komplikace při snaze o abstinenci v léčebných zařízeních jako je terapeutická komunita. Velká část těchto klientů má problém se zvládáním režimu, a proto dochází k předčasnému vypnutí z programu.

V zahraničí je mnoho studií, které se zabývají tématem výskytu ADHD u dospělého jedince spojeného s užíváním návykových látek. Dosud není v České republice mnoho výzkumů, které by se tímto tématem zabývaly. V současné době je realizován výzkum, který se bude touto problematikou zabírat, hlavně tedy ADHD v terapeutických komunitách diagnostikovat a zjišťovat prevalenci poruchy ADHD u těchto klientů.

Jednou z hlavních příčin vzniku této bakalářské práce je narůstající zájem o toto téma. V teoretické části bude cílem zmapovat problematiku ADHD, od dětství až do dospělosti, vyjmenovat jeho konkrétní příznaky, příčiny vzniku, možnosti diagnostiky a léčby. Dále se zaměříme na ADHD ve spojení s užíváním návykových látek a na vyskytující se komorbidity u uživatelů návykových látek.

V praktické části se budeme zabírat konkrétním klientem, dojde k charakteristice subjektu kazuistiky, dále se zaměříme na jednotlivé oblasti života, v kterých příznaky ADHD způsobují potíže.

Jedinci trpící ADHD se od dětství setkávají s nepochopením společnosti, ta na ně nahlíží jako na nepřizpůsobivé jedince. Dochází k stigmatizaci a traumatizaci, výsledkem jsou problémy v sociálních vazbách a životních dovednostech, které mohou vést až k užívání návykových látek. Z tohoto důvodu považujeme za důležité danou

problematiku zmapovat co nejvíce a poukázat na problémy, které ADHD může jedincům způsobit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJ TERMÍNU A KLASIFIKACE ADHD

Podle Cahové a spolupracovníků (in Paclt, 2007) se ADHD řadí mezi neurovývojové poruchy. Bylo považováno za dětské onemocnění, až v posledních letech se více zabýváme jeho projevy v dospělosti. ADHD přechází z dětského věku do dospělosti, v dětském věku touto poruchou trpí 6-7 % dětské populace, z toho 40-50 % přechází do dospělosti.

Z toho vyplývá, že jsou dvě formy ADHD, ta která se vyskytuje pouze v dětství a druhá forma perzistujícího ADHD, která přechází do dospělosti. Dnešní výzkumy se zabývají zodpovězením hypotetických otázek, zda existují biologické nebo genetické rozdíly mezi dětmi, u nichž ADHD remituje, a mezi dětmi, u kterých přetrvává do adolescence a dospělosti.

Dle studie Faraona (2000), která uvádí výsledky čtyřleté follow-up studie, prokázala u probandů s remitující ADHD výskyt ADHD u rodičů v 10,8 % a u probandů s perzistující ADHD je vyšší familiární výskyt a tím pádem může mít těsnější genetickou vazbu.

Za zmínku by také stálo to, že pojem ADHD, neboli Attention Deficit Hyperactivity Disorder v překladu „porucha nedostatku pozornosti s hyperaktivitou“, je podobný, ale nikoliv totožný s Hyperkinetickou poruchou. V porovnání má hyperkinetická porucha přísnější kritéria než porucha ADHD (Munden & Arcelus, 2002). Pro podrobnější přehled pojmu ADHD je přiložena tabulka s vývojem konceptu poruch v klasifikaci DSM a ICD (Goetz, 2006).



2 ADHD V DĚTSTVÍ

ADHD patří mezi často probíraná témata této doby, díky svému výskytu u dětí, který tvoří 6-7 % dětí školního věku. Tato porucha je přítěží jak pro děti, tak pro jejich okolí (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010).

Porucha pozornosti s hyperaktivitou je častěji diagnostikována u chlapců než u dívek. Pokud nedojde k včasnému odhalení této poruchy, může být těmito problémy ovlivněn i jejich život v dospělosti.

2.1 Klinický obraz

ADHD je vývojovou poruchou, která je charakteristická k věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Tato porucha se vyznačuje chronickými potížemi, které nelze vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Problémy v chování způsobené symptomy ADHD jsou u jedince evidentní už v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Jakkoli se mohou zmírňovat s vývojem CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Časté problémy jim způsobuje neschopnost dodržovat pravidla chování a opakovaně po delší časový úsek provádět zadané pracovní úkoly. ADHD celkově komplikuje a ovlivňuje interakci dítěte s rodinou, školou a společností (Kucharská, 2000).

Porucha pozornosti u dětí

Dle Paclta (2007) je největší potíží pro děti s ADHD udržení pozornosti či volního úsilí při plnění zadaných úloh.

Jak uvádí Cahová et al. (2010), tento symptom je v dětství velmi nenápadný, a proto těmto dětem často nedochází pomoci a léčbě, vypadají jako tiché a nevýrazné děti. Nejsou schopny plnit své úlohy, jsou zapomětlivé, nesoustředěné, dlouho nevydrží u jedné činnosti.

Hyperaktivita u dětí

Jedná se o druhý základní rys ADHD, který má nadměrnou nebo vývojově nepřiměřenou úroveň motorické či hlasové aktivity.

Dle Paclta (2007) je u těchto dětí běžným jevem, že jsou neklidné, nepokojně se „vrtí“ a jsou u nich patrné všeobecně se vyskytující pohyby těla, které nejsou v danou chvíli nezbytné ani potřebné. Pohyby dítěte bývají často irelevantní k zadanému úkolu nebo celkové situaci a v danou chvíli se zdají být bezúčelné. Rodiče nebo pedagogové tyto děti často popisují tak, že jsou stále vzhůru a pořád někam lezou, chvíli klidně neposedí, moc povídají, často si pro sebe brumlají a vydávají podivné zvuky, pořád se pohybují a kroutí. Když jsou tyto děti pozorovány ve škole při plnění zadaných úkolů, pedagogové uvádějí, že se pohybují často mimo lavici bez svolení učitele, při své činnosti provádějí neúčelné pohyby rukama i nohama, hrají si s předměty, které nemají žádný vztah k danému úkolu, povídají si během výuky s jinými dětmi, často dětem skáčou do řeči a berou si slovo, i když nejsou osloveny, vydávají atypické zvuky. Pozorování sociálních interakcí s jinými dětmi rovněž vykazuje celkově nadměrný řečový projev a časté komentáře.

Impulzivita u dětí

Zatím nebylo zodpovězeno, které aspekty impulzivity se nacházejí u dětí s ADHD .

Často u nich vznikají omyly z nepozornosti, které jsou způsobeny tím, že rychle odpovídají v různých situacích, aniž by čekaly, až budou dokončeny instrukce nebo aniž by přiměřeně zhodnotily, co se od nich v dané chvíli a situaci vůbec vyžaduje. Výsledkem je, že tyto děti mohou rovněž selhávat při uvažování o potenciálně negativních, destruktivních či dokonce život ohrožujících následcích, které mohou nastat při určitých činnostech. Děti s ADHD se často zapojují do rizikových činností, které nebývají v dané chvíli nezbytné (Paclt, 2007).

V publikaci od Mundena a Arceluse (2008) se uvádí jako příklad, že tito jedinci jednají bezmyšlenkovitě, rodiče musí být často velmi ostražití i při pouhé chůzi po chodníku, protože může být okamžik, kdy dítě něco zaujme na druhé straně a vkročí do silnice. Další problémy může činit impulzivita u dospívajících, jelikož se mohou chovat hazardně, aby upoutali pozornost před kamarády, například skokem z velkých výšek.

2.2 Konkrétní příklady symptomů ADHD u dětí

- chybují z nepozornosti;
- nesoustředí se a mají potíže s návratem k činnosti po vyrušení;
- vyhýbají se zadaným domácím úkolům;
- jsou nepozorní a podceňují riziko úrazů a různých nehod;
- jsou nepořádní;
- zapomínají a nouzově improvizují, místo aby plánovali své činnosti;
- mají menší schopnost přejít na jinou činnost;
- mají menší plynulost řeči při odpovědích;
- zaobírají se detaily a tím ztrácí přehled o celku;
- nedokončují dlouhodobé činnosti – mají menší vytrvalost;
- mají zhoršený odhad času;
- ztrácejí věci;
- nepostupují podle daných pokynů, jsou neposlušní;
- obtížně započínají činnosti;
- trpí samomluvou;
- jsou neposední a hyperaktivní;
- dělá jim problém se zklidnit po ukončení hry;
- aktivity vykonávají impulzivně;
- mají problémy se spánkem;
- jsou nedočkaví;
- vykřikují při výuce;
- jsou zbrklí;
- mají obtíže se zařazením do kolektivu vrstevníků;
- ukvapeně navazují a ukončují vztahy;
- jejich chování je riskantní;
- neumějí hospodařit s penězi;
- jsou nepoučitelní a trpí častými úrazy;
- mají menší odolnost vůči neúspěchu, kritice a jsou urážliví;
- snadno se nadchnou pro cokoli (Goetz & Uhlíková, 2009).

2.3 Příčiny vzniku ADHD

V současné době nejsou příčiny ADHD zcela známy a nelze tedy určit jednoznačnou příčinu. Na vzniku se pravděpodobně podílí vlivy genetické i vlivy zevní. Zajímavostí je studie dle Alana Zametkina z roku 1990 (in Hallowell & Ratey, 2007), která byla realizována s dospělými jedinci trpícími ADHD. Dle této studie lze říci, že lidé trpící ADHD se od jedinců bez ADHD liší již na buněčné rovině. U těchto jedinců byla zaznamenána odlišná spotřeba duševní energie, změny v těch částech mozku, jež řídí pozornost, emoce a regulaci impulzivitu.

Podle mnoha výzkumů je známo několik vlivů na vznik ADHD: genetické faktory, faktory prostředí, změny v neurobiologii a psychosociální faktory.

Genetické faktory

Z genetického hlediska existuje mnoho důkazů, že ADHD je dědičně podmíněna. Dle studie doktora Biedermana a jeho kolektivu, která proběhla v Massachusettské všeobecné nemocnici v roce 1990, v níž zkoumá 457 nejbližších pokrevních příbuzných (biologických rodičů a sourozenců) 75 dětí s ADHD. Byli porovnání s rodinami 26 dětí s jinými psychickými poruchami a s kontrolním vzorkem rodin 26 dětí bez jakéhokoli psychického problému. Studie uvádí, že 25 % nejbližších příbuzných dětí s ADHD také trpělo touto poruchou. Zjistili, že v porovnání s pouze 5 % nejbližších příbuzných z kontrolní skupiny dětí s jinými psychickými poruchami to znamená 500 % nárůst rizika, že příbuzný dítěte s ADHD trpí touto chorobou také.

Další studie ukázaly, že při dědění ADHD od příbuzných druhého stupně je vyšší pravděpodobnost výskytu u mužské linie (strýc, dědeček). Genetického přenosu se účastní několik určitých genů (Munden & Arcelus, 2002).

Další studie od Biedermana (in Goetze, 2006) se zabírají studiem dospělých s ADHD. Bylo zjištěno, že riziko vzniku ADHD je vyšší pro děti dospělých s ADHD než pro budoucí potomky dětí, které měly ADHD v dětství.

Změny v neurobiologii

Nucleus caudatus, ocasovité jádro mozku, je zodpovědné za zahájení a provedení uvědomělého pohybu, podle Hynda a kolektivu je u lidí s ADHD pravostranné nucleus caudatus větší než levé a zároveň menší než u lidí bez ADHD.

Nucleus caudatus je tvořeno několika svazky nervových vláken, jedno z nich, striatum, je důležité při inhibici chování a udržení pozornosti. Je spojeno s limbickým systémem, který řídí emoce, motivaci a paměť. Další studie toho týmu dokládají, že děti s ADHD mají méně mozkové tkáně v pravém frontálním laloku, což ovlivňuje např. plánování a ovládání podnětů. Dále prokázali, že corpus callosum, což je spojení mezi oběma hemisférami, byl u dětí s ADHD o něco menší. Ten umožní integraci informací zpracovaných v obou hemisférách (in Munden & Arcelus, 2002).

Faktory prostředí

Jak říkají Mick, Biederman, Faraone et al. (2002) nepříznivými faktory může být aktivní konzumace alkoholu, drog a kouření u těhotné matky. Jako další je to přítomnost ADHD u rodičů nebo příbuzných, ale také psychiatrické onemocnění. Dále nízká socioekonomická úroveň rodičů.

Jako další mohou být příčinou úrazy hlavy nebo komplikovaný porod. Za zmínění stojí také vliv špatného životního prostředí, zejména otrava olovem, proto už není součástí barev, ale je to velmi vzácné (Munden & Arcelus, 2002).

Psychosociální faktory

Mýtem je, že si mnozí lidé myslí, že ADHD může být způsobeno špatnou výchovou a že je to vina rodičů. Až v posledních letech vzniká osvěta, že jsou za projevy dětí odpovědné biologické mechanismy. Avšak i rodiče dítěte na něj mohou mít vliv, i když výchova je náročnější (Munden & Arcelus, 2002).

2.4 Diagnostika ADHD v dětství

ADHD jako problému, který vznikl u dítěte, si v první řadě všimne rodič nebo jeho pedagog, který s dítětem tráví mnoho času ve škole. Stanovením diagnózy se následně zabývá dětský psychiatr ve spolupráci s psychologem, dětským lékařem, pedagogicko-psychologickou poradnou, neurologem, učitelem a sociálním pracovníkem.

Dle Goetze a Uhlíkové (2009) existují v psychiatrii dva hlavní klasifikační systémy. Jedná se o systém evropský a americký. Mezinárodní klasifikace nemocí

10. revize (MKN-10) je evropským klasifikačním systémem. Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí 4. revize (DSM – IV) je používán ve Spojených státech amerických. Termín ADHD pochází z amerického diagnostického manuálu.

Diagnostická kritéria:

A. Minimálně buď 1., nebo 2.

A I. Nepozornost musí přetrvávat po dobu nejméně šesti měsíců a musí být projevna šesti nebo více příznaků. Následkem je nepřizpůsobivost dítěte a jeho výkony nejsou odpovídající.

Nepozornost se projevuje:

- problémy s udržení pozornosti při různých činnostech či plnění úkolů;
- při plnění úkolů ve škole dělá často chyby z nepozornosti a nedokáže se soustředit;
- zdá se, že dítě neposlouchá, když se na ně přímo hovoří;
- nedaří se mu dokončit školní práci a neumí postupovat dle pokynů;
- neumí zorganizovat své úkoly a činnosti;
- zapomene na své každodenní povinnosti;
- lehce se nechá vyrušit při své činnosti;
- vyhýbá se povinnostem a plnění úkolů, které například vyžadují soustředěné duševní úsilí;
- ztrácí své věci, které potřebuje k vykonání úkolů nebo činností.

A II. Příznaky impulzivity či hyperaktivity, které přetrvávají po dobu šesti (nebo více) měsíců a v takové míře, že mají za následek nepřizpůsobivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stádiu.

Hyperaktivita:

- vstává ze židle a pohybuje se v situacích, kdy by mělo zůstat sedět;
- bezdůvodně často pohybuje rukama nebo nohama a vrtí se na židli;
- bývá až nepřiměřeně upovídané;
- chová se tak, jako by bylo „na pochodu“;
- má problémy si hrát nebo dělat jinou činnost.

Impulzivita:

- má problémy s tím, na něco vyčkat;
- odpovídá na otázku dřív, než byla dokončena;
- přerušuje ostatní v řeči a plete se jim do hovoru.

B. Některé případy hyperaktivity, impulzivity nebo nepozornosti či narušení funkčnosti byly přítomny již před 7 rokem věku.

C. Zhoršení funkce se projevuje ve dvou nebo více oblastech života (např. škola/ zaměstnání – doma).

D. Zhoršení se projevuje v oblasti společenské, vzdělávací nebo v zaměstnání.

E. Příznaky nelze přičíst zároveň přítomné pervazivní vývojové poruše, schizofrenii či poruše nálady nebo je není možné lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (poruchou nálady, úzkostnou poruchou, disociativní poruchou, poruchou osobnosti).

Při vyšetření se zaměřujeme na základní příznaky ADHD a těmi jsou porucha pozornosti, impulzivita a hyperaktivita (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Součástí vyšetření nejčastěji bývá:

- psychiatrické vyšetření, pohovor jak s rodiči, tak s dítětem;
- dotazník o chování dítěte;
- pohovor s učitelem a také vyplnění škály o chování dítěte ve škole;
- provedení IQ testu a testu školních dovedností s psychologem;
- pokud je to nutné, mohou být provedena laboratorní vyšetření (Goetz & Uhlíková, 2009).

2.5 Léčba ADHD u dětí

Dle Goetze a Uhlíkové (2009) je zdůrazněno, že léčba ADHD není úkolem pro jednoho člověka, toto onemocnění zasahuje mnoho oblastí života dítěte, a proto by se také na léčbě měli podílet všichni, kteří jsou angažováni ve výchově nebo mají s dítětem blízký vztah. Jedná se tedy o odborníky z řad lékařů a psychologů, učitele, rodiče,

sourozence, prarodiče, trenéry a další osoby. Tím dochází k vytvoření jakési terapeutické aliance, které spolupracuje na komplexní léčbě.

Nejlepší cestou k úspěšné léčbě je léčebný přístup, který zahrnuje vzájemně se podporující metody, jimiž je farmakoterapie, psychoterapie, režimová a výchovná opatření. Tento léčebný postup má největší naději na úspěch a jeho cílem je pomoci dítěti zvládnout denní režim, plně využít své inteligence ve škole, výrazně napomůže zlepšení zařazení dítěte do kolektivu a zkvalitní vztahy s blízkými osobami. K tomu je nutné zaměřit se nejen na příznaky ADHD, ale také na prevenci nebo terapii již komorbidních psychických poruch, především poruch chování a nálady (Goetze & Uhlíková, 2009).

Jak již bylo zmíněno, existují dva možné léčebné postupy, jedná se o farmakoterapii a psychoterapii. Každé dítě je jedinečné a originální, a proto vyžaduje individuální přístup k léčbě. U 30 % dětských pacientů ADHD není farmakoterapie účinná, jedná se hlavně o děti, u nichž se ADHD vyskytuje spolu s významnou úzkostí nebo depresí. U těchto dětí může dojít i ke zhoršení symptomů.

Farmakoterapie

Pro léčbu ADHD se používají farmaka, která v mozku ovlivňují systémy neurotransmiterů dopaminu a noradrenalinu. V současnosti existují pro léčbu této poruchy dvě skupiny léků, jimiž jsou stimulancia, která ovlivňují dopaminový systém a látky nestimulační, které působí na metabolismus noradrenalinu (Goetz & Uhlíková, 2009).

Mezi složky farmakoterapie patří léčba pomocí psychostimulancií, tricyklických antidepresiv, pomocí antipsychotické léčby, antihypertenziv či kombinací léků. Následné rozřazení je citováno dle Mundena a Arceluse (2008).

Stimulancia patří k nejúčinnějším a nejčastěji používaným lékům, především Ritalin a Dexadrin. Jsou deriváty amfetaminu, které jsou účinné a velmi bezpečné při správném používání. Ritalin je účinný při snižování hyperaktivity a impulzivity, také zvyšuje rozsah pozornosti. Z důvodu těchto účinků se jak pro děti, tak i pro jejich rodiny začíná chování dítěte obracet k lepšímu, protože začíná své impulzy ovládat, je méně agresivní, reaguje pozitivně na pokyny a příkazy, a tím se zdá být poslušnější. Protože začíná slyšet a registrovat pokyny, které jsou od něj vyžadovány, méně chybují.

Nejsou tak zapomětlivé a tím se zlepšuje kvalita jejich pracovních výsledků, chování a vystupování. Zlepšuje se také jejich čtení a psaní.

Tricyklická antidepresiva se používají u těch dětí, kterým léčba stimulancii nepřináší úlevu. Tyto léky jsou vhodné pro děti s ADHD, které současně trpí úzkostmi a depresí. Antidepresiva nejsou tak efektivní v léčbě ADHD jako stimulancia, zlepšují náladu, upravují hyperaktivitu, ale nezvyšují proces učení.

U antipsychotické léčby a antihypertenziv je používán Haloperidol a Chlorpromazin, studie ukázaly, že jsou méně účinné než stimulancia. Mají mnoho vedlejších účinků. Antihypertenziva, tedy Clonidin se používají spolu se stimulancii a doporučují se užívat v druhé části dne, protože pomáhají zamezit nespavosti.

Psychoterapie

Goetz a Uhlíková (2009) kladou za důležité, aby byla součástí komplexní léčby symptomů ADHD psychoterapie. Projevy nepozornosti, malá vytrvalost, netrpělivost a další projevy ADHD dítěti znesnadní vybudování dovedností, které jim budou potřebné celý život a v různých situacích. Za následek může být to, že jim zkomplikují život špatně naučené způsoby uvažování a chování.

Jedním z mnoha směrů a technik je kognitivně behaviorální psychoterapie (KBT), která se zdá pro léčbu ADHD nejvíce prosperující. Klient se učí rozlišovat zažitá a opakující se schémata myšlení (cognitive) a jednání (behaviour), na základě racionálního rozboru nalézt a nacvičit vhodnější či emočně přijatelnější postup, dále se učí korigovat své chování. Také rodiče se dozvídají, jaký přístup k dítěti zvolit a jak zvládat určité situace, se kterými přicházejí každodenně do styku (Goetz & Uhlíková, 2009).

Dle Goetze a Uhlíkové (2009) uvedeme pro názornost příklad základního schématu od rozboru problému ke změně chování:

- 1) je třeba popsat, pojmenovat a přijít na to, které situace, myšlenky nebo pocity (spouštěče) k nežádoucímu chování vedou;
- 2) uvědomit si, jaké má toto chování pozitivní i negativní následky (zisky) – ty mohou mít často podobu nějakého pocitu či sebehodnocení a mohou znovu spouštět nežádoucí chování - např. dítě opakovaně lže;
- 3) rodič zjistí, že dítě lže (např. špatná známka ve škole), trest bývá horší, obavy dítěte byly reálné;

- 4) přiznání by mohlo přinést trest menší nebo dokonce zisk v podobě pomoci s učním.

S terapeutem tedy může dojít k objasnění, jaké jsou vaše reakce a co chcete v chování změnit. Pak můžete hledat alternativy vašich vzájemných reakcí. Nutné je přijmout, že všichni zúčastnění jsou nuceni ke změnám vlastního chování.

3 ADHD V DOSPĚLOSTI

Dle Paclta (2007), je ADHD definováno jako porucha pozornosti (v dospělém věku je dominující), aktivity (hyperaktivita) a kontroly vnitřních impulzů (impulzivita). ADHD se v dětství vyskytuje u 6-7 % dětské populace ve věku 6 let. U 40-50 % těchto dětí zůstávají příznaky ADHD v menší či větší míře do dospělého věku, což představuje 1,5-2 % (některé prameny uvádějí 4,5 %; Montano, 2004) dospělé populace. Poměr prevalence ADHD v dospělosti se vyrovnává, jak u žen, tak u mužů je podobný.

3.1 Klinický obraz ADHD

ADHD se projevuje poruchou pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Tyto symptomy jsou zastoupeny jak v dětství, tak v dospělosti, pouze každý v jiné míře.

Dle DSM-IV rozlišujeme 2 typy ADHD:

1) ADHD s hyperaktivitou v dospělosti

- symptomy u ADHD s hyperaktivitou jsou výraznější a mohou být spojené s agresivitou a poruchami chování. Příkladem je zvýšená míra aktivity, impulzivita a špatná organizace věcí. Častěji se vyskytuje u mužů.

2) ADHD s převažující poruchou pozornosti v dospělosti

- u tohoto typu se vyskytuje méně agresivity a poruch chování, ale má více kognitivních potíží. Častými příznaky je komorbidní deprese, úzkost a schizotypální organizace osobnosti. Tento podtyp se vyskytuje jak u mužů, tak u žen ve stejné míře. Přetrvává zhoršení funkcí a sociální odmítání okolí. Často bývá přítomná komorbidita s depresivní a anxiózní poruchou (Paclt, 2007).

Hyperaktivita

Dle Paclta (2007) se projevy hyperaktivity v dospělosti zmírňují, až někdy zcela ustupují. Jsou přítomny projevy motorického neklidu, neschopnost setrvat u sedavých aktivit nebo překotná řeč, často jsou zaměňovány za nervozitu nebo osobnostní rysy. U dospělých může být hyperaktivita podobná workoholismu. Problém jim dělá např. stání v dlouhé frontě. Také tito lidé nedodržují dovolenou rychlost při jízdě automobilem. Cítí vnitřní nepokoj, který je nutí změnit situace. Jak říkají Čermáková,

Papežová, Uhlíková (2012) dospělý s ADHD je neklidný, pohrává si s prsty, tužkou apod.

Pro názornost je přiložen příběh ze života. „*George tráví většinu pracovní doby v autě. „Ani nevím, na co mám kancelář. Vydržím v ní sedět sotva pár minut, pak prostě musím ven. Připadám si tam jako v konzervě. Stačí, abych nasedl do auta a vyrazil na dálnici. Pak jsem schopný vyřídit kdeco. Když chci přemýšlet, potřebuju k tomu pohyb. Auto mi to nabízí, kancelář ne.*“ (Hallowell & Ratey, 2007, s. 82).

Porucha pozornosti

Tento příznak se ve velké formě přenáší do dospělosti. U dospělých tento příznak způsobuje problémy v zaměstnání, zapomínají na důležité schůzky, celkově mají špatnou organizaci práce, chaotičnost a dané úkoly často nedotáhnou do konce. Je pro ně obtížné udržet ve věcech pořádek. Dospělí nedagnostikovaní v dětství přicházejí v dospělosti s obtížemi, jako jsou úzkosti a deprese (Cahová et al., 2010).

Lidé s poruchou pozornosti se nechají často vyvést z rovnováhy, unikají jim informace, nezabývají se podrobnostmi a tím pádem dělají chyby.

Pro názornost je přiložen příběh ze života. „*Libí se mi, jaká jsem*“, říká Grace. *Pracuje ve filmovém průmyslu. „Nevím, jak se na mě dívají druzí, ale kdybych byla jiná, unudila bych se k smrti. Jsem ráda, že jsem vedoucí. Kdybych nad sebou měla šéfa, určitě by mě už vyrazil. Chodím do práce, kdy chci, začínám nové věci dřív, než dokončím staré, na místě se pro něco nadchnu a za hodinu to odvolám. Nechápu, jak mohou ostatní žít tak usedle. Mají všechno naplánované. Nevydržela bych to. Jinde než v Los Angeles bych nemohla bydlet. Možná bych ještě ustála Manhattan, ale tam počasi nestojí za nic. Když jsem zjistila, že mám ADHD, tak to pro mě nic velkého neznamenal. Prostě už vím, co to se mnou je, můžu si to pojmenovat, ale po změně netoužím. Mám pocit, že v tomhle městě má ADHD polovina obyvatel. Bez ní by se ve filmu nedalo přežívat.*“ (Hallowell & Ratey, 2007, s. 82).

Impulzivita

Jak uvádí profesor Russel Barkley (1995), který se domnívá, že prioritním problémem lidí trpících příznaky ADHD je to, že tito jedinci zažívají velice vážné a všemi oblastmi života pronikající potíže s impulzivitou. Nejvíce se to odráží v tom, že

nedokážou ovládnout své reakce na signály, podněty nebo události nesouvisející nijak s tím, co právě dělají. Uvádí také, že impulzivita vede k obtížím vyčkat na cokoli, problémem pro tyto lidi je například i čekání v restauraci na obsluhu, nebo při dopravní zácpě. Dospělí s ADHD zcela zbytečně a bezhlavě riskují při řízení, neuváženě předjíždějí. Impulzivita se projevuje netrpělivostí, nerozváženými rozhodnutími, „skákáním do řeči“ ostatním při rozhovoru, mají problémy s oddálením činnosti a rozhodnutím. Často dělají velké a unáhlené nákupy (in Munden & Arcelus, 2002).

Pro názornost je přiložen příběh ze života. *„Jack pracuje jako redaktor v jednom časopisu. V práci se mu daří, bohužel ho doprovází pověst, že je hrubý a vulgární. Zničehonic odejde ze schůze, aniž by komukoli cokoli řekl, někomu slíbí, že se mu telefonicky ozve, ale už to neudělá, uráží přispěvatele, ale vůbec si to neuvědomuje, když je otrávený, tak se vůbec nenamáhá, aby své chování krotil, prakticky v polovině věty změni téma hovoru, obecně řečeno působí dojmem, jako by mu chyběl takt a povědomí o pravidlech společenského chování. „Jako redaktor je výborný,“ hodnotí ho kolega, ale je neuvěřitelně nepředvídatelný. Když s ním mluvíte, na okamžik se podíváte jinam, stane se, že vám mezitím zmizí. Prostě odejde. Probíráte s ním nějaké pracovní věci a podobně, a on je najednou pryč. Je to hodně nepříjemné, mám-li se vyjádřit co nejslušněji. Na druhou stranu se s ním pracuje moc dobře, protože mívá bezvadné nápady a vždycky srší energií.“* (Hallowell & Ratey, 2007, s. 81-82).

3.2 Příčiny vzniku ADHD

Pro shrnutí uvedeme, že příčiny vzniku jsou podmíněny genetikou, změnou v neurobiologii, faktory prostředí a psychosociálními faktory. Příčiny vzniku jsou stejné u dítěte i dospělého jedince, liší se pouze v tom, že u dospělého jedince nedošlo k odhalení jeho onemocnění už v dětství. Podrobněji je toto téma rozpracováno v kapitole 2.3 Příčiny vzniku ADHD v dětství.

3.3 Diagnostika ADHD v dospělosti

Existují různá kritéria, dle kterých lze stanovit diagnózu ADHD. Dle Drtílkové, Šerýho et al. (2007) je hyperkinetická porucha přítomna u 30-50 % dospělých, kteří poruchou trpěli v dětství.

U řady lidí se odhalí ADHD až v dospělosti, což může být problémem z důvodu toho, že vzniká už v dětství a jeho neléčením může dojít k rozvoji komorbidních poruch, právě díky kterým se často dostanou do rukou lékařů. Protože tyto komorbidity, ať se jedná o závislostní chování nebo poruchy osobnosti, symptomy ADHD překrývají.

I když se psychiatři zcela jistě s dospělými pacienty s ADHD setkávají, bývají často mylně diagnostikováni. Nejčastěji je jim přisuzována diagnóza z kategorie poruch osobnosti, neurotických poruch nebo poruch chování u dospělých. Častým důvodem může být určitá transformace původní psychopatologie, která se stává méně nápadná a je tak chybně diagnostikována a přehlížena (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Na diagnóze dospělého člověka se podílí psychiatr ve spolupráci s neurologem a psychologem. Diagnostika u dospělých je stále velmi problémová, v porovnání s dětmi, kde se o jejich stav zajímají nejen rodiče, ale i pedagogové ve škole. U dospělého se nikdo nezajímá o jeho chaotičnost, nedostatečný výkon a proměnlivou pozornost do té doby, než mu způsobí problémy v osobním nebo profesním životě. Avšak nezajímají se o to, zda je to spojeno s nějakou poruchou, nebo zda je to jeho charakteristickým rysem, závěrem je, že není pro pracovní proces vyhovující a často to končí výpovědí ze zaměstnání. Dospělí tedy nejčastěji začnou zvažovat diagnózu ADHD po náhodném přečtení článku na dané téma, který je osloví. V příznacích nachází podobnost svého chování. Někdy se o ADHD dozvídá od známých, případně od dětí (Hallowell & Ratey, 2007).

Dle diagnostických kritérií DSM-V musí být přítomno alespoň 6 a více příznaků u dětí do 16 let a 5 a více příznaků u starších 17 let a dospělých. Tyto příznaky musí být přítomny alespoň 6 měsíců:

A. Nepozornost:

- nedokáže se soustředit na detaily, dělá chyby z nepozornosti ve škole, v práci nebo při jiných aktivitách;
- mají problémy udržet pozornost při plnění úkolů nebo hrách;
- často se zdá, že neposlouchá, když na něj mluvíme přímo;
- neřídí se podle pokynů a často nedokončují školní práci, domácí práce nebo jiné povinnosti;
- mají potíže s organizováním úkolů a dalších činností;
- vyhýbá se úkolům, které vyžadují mentální úsilí po dlouhou dobu;

- často ztrácí věci důležité pro úkoly a jiné činnosti (školní potřeby, peněženky, knihy, klíče);
- často se nechají rozptýlit okolím;
- jsou zapomětliví v denních aktivitách.

B. Hyperaktivita a impulzivita:

- jsou neklidní, pohybují rukama, nohama nebo se vrtí na sedadle;
- nejsou schopni si hrát nebo se účastnit aktivit tiše;
- jsou často jako poháněni motorem;
- často opouštějí místo v situacích, kdy se od nich očekává, že budou sedět;
- často příliš mluví;
- vyhrknou odpověď dříve, než byla otázka dokončena;
- často přerušuje ostatní nebo zasahuje do jiných aktivit.

Kromě toho musí být splněny následující podmínky:

- příznaky musí být přítomny před dosažením věku 12 let;
- příznaky jsou přítomny ve více sférách života, například ve škole, doma, v práci, s přáteli, v jiných aktivitách;
- symptomy nejdou vysvětlit jinou duševní poruchou (American Psychiatric Association, 2013).

V současné době je využíváno dalších dvou klasifikačních systémů, dle kterých lze diagnostikovat poruchu ADHD. Jedná se o klasifikace MKN-10, která vymezuje dva základní typy. Jedná se o poruchu aktivity a pozornosti a druhým typem je hyperkinetická porucha chování. Příznaky se dle této klasifikace musí vyskytovat v rámci domova i školy a to po dobu 6 měsíců od raného dětství (Munden & Arcelus, 2002).

Dále je využíváno kritéria „Utah“. Tato kritéria připravil Paul Wender (Munden & Arcelus, 2008) se svými kolegy pro účely výzkumných projektů v oblasti účinnosti farmakologické léčby dospělých jedinců s ADHD. Aby byla splněna kritéria, musí být splněna podmínka přítomnosti symptomů ADHD v dětství a v dospělosti se musí vyskytovat dvě následující charakteristiky:

- 1) U jedince přetrvává motorická hyperaktivita, jedná se například o neschopnost vydržet u sedavých aktivit typu čtení a sledování televize a nepříjemný pocit při nečinnosti.
- 2) Jedinec ztrácí nebo zapomíná věci, jedná se roztržitost a zapomnětlivost. Nedokáže se dostatečně soustředit, projevuje se neschopností věnovat pozornost konverzaci, čtení nebo psaní.

Mimo těchto dvou podmínek musí být splněny alespoň dvě z následujících charakteristik:

- 1) Jedinec je citově labilní, jeho změny nálady jsou v rozmezí několika hodin až několika dní, od nudy a nespokojenosti až k naprosté euforii.
- 2) Není schopen dokončovat úkoly, například není schopen uspořádat si práci v zaměstnání i doma. Neumí řešit problémy a nakládat s časem, neumí se soustředit v určité chvíli.
- 3) Objevují se potíže se sebeovládáním, jedinec může být přecitlivělý, snadno popudlivý a výbušný.
- 4) Jedinec se bezhlavě rozhoduje, jedná impulzivně a unáhleně. Jeho pracovní výkon je nevyrovnaný a osobní vztahy také, objevuje se asociální chování a nezodpovědnost při aktivitách skýtajících potěšky.
- 5) Špatně snáší stres, což mívá za následek depresi, úzkost, zmatenost nebo rozčilení pouze proto, že se musí potýkat s každodenními situacemi.

3.4 Možnosti vyšetření

Jak už jsme zmínili, tak samostatné vyšetření probíhá v přítomnosti psychologa nebo psychiatra, který se soustředí na celkové zhodnocení a pozorování stavu klienta. Každé vyšetření musí obsahovat podrobný pohovor s klientem, pokud je to možné, je dobré zahrnout kromě rodiny i přátele, kteří klienta dobře znají. Toto bývá často problémem u závislých, kteří mají poškozené sociální a rodinné vazby, často se s rodinou ani nestýkají. Dalším důležitým úkolem je, se zaměřit na anamnézu klienta, jak rodinnou, tak lékařskou. Poté je třeba odhalit přítomnost klíčových symptomů ADHD v dětství, s jakými problémy byly spojovány a zda byly učiněny pokusy k nápravě těchto problémů, jako je léčba a jiné sociální intervence. Dalším šetřením lékař zjišťuje přítomnost komorbidních poruch, kterými mohou být poruchy osobnosti,

závislostní chování a jiná duševní onemocnění. Je třeba vzít v úvahu i takové ovlivnění jakými jsou charakteristické povahové rysy. Hlavním cílem vyšetření je odhalit přesné poruchy, kterými daný jedinec trpí, protože ADHD se často nevyskytuje samostatně. Toto je důležitý krok pro léčbu, protože neodhalenými poruchami se celý léčebný proces komplikuje a snižuje se tak úspěšnost léčby (Munden & Arcelus, 2002; Drtílková, Šerý et al., 2007).

Lékař při vyšetření porovnává údaje s informacemi, které má k dispozici od jiných zdrojů, například z korespondence s jinými odborníky, kteří již s pacientem pracovali.

V rámci vyšetření používáme řadu diagnostických metod, kterými jsou sebesposuzovací škály a dotazníky. Důležité je diagnostické interview o ADHD u dospělých (DIVA), které je klasifikované podle kritérií DSM- IV. Otázky se vztahují k přítomnosti symptomů v dětství a dospělosti a jsou formulovány v podobě konkrétních příkladů z dětství a dospělosti, které jsou uspořádány do těchto okruhů: práce/vzdělání, vztahy/rodina, sociální kontakty, volný čas/koníčky, sebedůvěra/obraz sebe sama. Nejnovější metodou je Barkley Adult ADHD Rating Scale IV, tato metoda vychází z kritérií DSM V, škála posuzuje ADHD v dětství, přítomné symptomy v dospělosti a hodnocení symptomů u klienta jinou osobou. Dalšími metodami jsou WURS-Wender Utah Rating Scale, Adult ADHD Self-Report Scale nebo modifikovaná škála Connersové. Dále je důležité provést diagnostiku dalších psychiatrických symptomů a komorbidit , například zhodnotit možnou přítomnost deprese, narušení paměti, pozornosti a diagnostiku osobnosti (Miovský, Čablová & Kalina, 2013).

Dle Čablové, Miovského, Kaliny a Šťastné (2015) dále využíváme pro diagnostiku ADHD pomocné nástroje:

- Testy inteligence, jimiž je Wechslerova inteligenční škála pro dospělé (WAIS III) – Index Pracovní paměti, doplňování obrázků, porozumění, uspořádání obrázků. Dalším testem jsou Ravenovy progresivní matice. Test struktury inteligence I-S-T 2000 R;
- Pomocnými nástroji jsou také testy pozornosti - Burdonův test (měří schopnost koncentrace), Číselný čtverec (zjišťuje míru zpracování informací), Test pozornosti D2 (hodnotí tempo koncentrace a pozornosti), Test koncentrace pozornosti (měří výkon pozornosti a tempo);

- Dalšími jsou testy paměti - Reyova-Osterriethova komplexní figura, WMS-IIIa - Wechslerova zkrácená paměťová škála, Paměťový test verbálního učení;
- Testy exekutivních funkcí - BRIEF – Škála hodnocení exekutivních funkcí u dětí, Reyova-Osterriethova komplexní figura, Test cesty, Stroopův test;
- Škály úzkosti - Hamiltonova škála úzkosti, Beckův inventář úzkosti, Zungův dotazník úzkosti;
- Škály deprese - Beckův inventář deprese (BDI-II), Zungova stupnice deprese, Stupnice Montgomeryho a Asbergrové pro posuzování deprese;
- Testy specifických dovedností - Strategie zvládání stresu.

Dle Drtílkové, Šerýho et al. (2007) lze také hodnotit jádrové příznaky nepřímou na základě pozorovatelných subjektů. Pozorování je jednou z klinických metod, které lze použít. Pozorování může být prováděno psychologem či jiným odborníkem, a to například během psychologického vyšetření. Na základě toho lze usuzovat v souladu s kritérii diagnostické klasifikace na přítomnost jádrového příznaku HKP/ADHD. Nejčastěji informace o projevech chování v přirozeném prostředí získáváme pomocí rozhovoru nebo dotazníku. Zjištěné informace lze poté kvantifikovat prostřednictvím škál.

Při samotném vyšetření je využíváno mnoha testovacích formulářů. Mezi nejčastěji využívané testovací škály patří Wenderova posuzovací škála Utah, Brownova posuzovací škála, Copelandova škála příznaků poruchy pozornosti pro dospělé a Triolova škála pro posuzování poruch pozornosti u dospělých. Tyto testy však nejsou považovány za testy diagnostické, neobsahují normativní údaje a jsou užitečné pouze ke stanovení typu a stupně daných příznaků. Jako nejuznávanější jsou považována kritéria DSM-IV, z vědeckého hlediska jsou považována za nejplatnější soubor kritérií. Vyšetření může být doplněno i o standardní test IQ nebo může být použito jiného screeningového testu. Těmi mohou být například škály na zjištění přítomnosti depresí a úzkostí či škály manželského souladu (Munden & Arcelus, 2008).

Mezi další doplňkovou metodu lze zařadit neuropsychologické testování. Její spolehlivost je však omezená. Více než polovinu osob s ADHD tento typ testování sám o sobě neodhalí. Používá se nejčastěji v případech, kdy se nelze spolehnout na standardní dotazník, nebo se takové testování jeví jako nespolehlivé. Tedy v tom případě, pokud se nelze opřít o diagnózu z dětství, pokud existuje podezření, že příznaky mohou být spíše

součástí jiného onemocnění a také v případech, kde u dospělého člověka rozhoduje mezi diagnózou ADHD a projevy specifických poruch učení.

Součástí diagnostiky je sebehodnotící dotazník ASRS, tento dotazník má dvě formy, kratší screeningovou, která obsahuje šest položek a úplný test, který má osmnáct položek. Dotazník je postaven tak, že ho pacient vyplňuje samostatně. Na rozdíl od ostatních je tento dotazník zaměřen tak, aby zjišťoval příznaky ADHD v dospělosti a nezaměřoval se na výskyt příznaků projevujících se v dětství nebo v dospívání, což je běžné u jiných dotazníků. Tvůrci tohoto testu se zaměřili na frekvenci výskytu příznaků, není tedy zaměřen na stupeň závažnosti, a tím se liší od jiných hodnotících škál. Dále byla rozšířena hodnotící škála na pět možných odpovědí (nikdy, zřídka, někdy, často, vždy). V ostatních testech toho typu je obvyklá škála tří až čtyř možných odpovědí (Kim, Lee & Joung, 2013).

3.5 ADHD a užívání návykových látek

ADHD se v dospělosti často objevuje ve spojení se závislostí, je tedy velmi důležité znát pojem závislost a její problematiku, uvedeme tedy definici závislosti dle klasifikace MKN 10.

„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“ (WHO, 2008).

Dle ICD-10 (MKN-10) kritérii závislosti jsou:

- 1) *„silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving);*
- 2) *potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;*
- 3) *somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku nebo*

z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;

- 4) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příznaky lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, který by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);*
- 5) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku;*
- 6) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.*

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku. Syndrom závislosti může být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.“

Důsledkem neléčení ADHD v dětství jsou poruchy chování u dětí a poruchy osobnosti v dospělém věku. Následkem těchto poruch bývá asociální chování, které s sebou nese následky po celý život. Jedním z nich je závislostní chování, které se často vyskytuje i u osob s neléčeným ADHD v dětství.

Závislostní chování se vyvine u vysokého procenta klientů s neléčeným ADHD, podle Adlera (2006) je to více než u poloviny. Typická je závislost na alkoholu, kokainu, marihuaně a na tabáku. Závislost na návykových látkách nevzniká v dospělosti, ale už u adolescentů. Názorem je, že užívání návykových látek je snahou pacienta o léčbu symptomů ADHD vlastním způsobem.

Byla provedena studie, která se zabývá zneužíváním návykových látek, konkrétně stimulantů mezi vysokoškolskými studenty. Je mnoho teorií, proč tomu tak je, jednou z nich je ta, že studenti se chtějí více koncentrovat při studiu a další, že užíváním návykových látek pomáhají svým skrytým příznakům poruchy ADHD, je pro ně tedy formou

„sebemedikace“. Příznaky neléčeného ADHD byly spojeny se zneužíváním návykových látek. U 34,4 % studentů zneužívající návykové látky byly objeveny příznaky ADHD (Arria et al., 2010).

Na začátku závislosti je snaha vyléčit si duši, lidé si chtějí pomocí návykových látek odpomoci od nějakého problému, který je trápí. Kupříkladu někdo si může alkoholem léčit deprese, jiný si zase marihuanou zvyšuje své sebevědomí. Tyto příklady jsou užitečné pro pochopení vztahu mezi ADHD a zneužíváním návykových látek. Jak bylo v předešlé studii uvedeno, lidé s ADHD mohou brát návykové látky z důvodu „sebemedikace“, protože řada lidí s nediagnostikovanou ADHD se cítí hodně špatně, jenže neví proč. Většina z nich trpí depresivními stavy, nedokážou se na nic soustředit, jsou stále roztěkaní. Tento stav stísněnosti a nepokoje bývá označován jako dysforie. Lidé s tímto pocitem nevědí, co se s nimi děje, proto často hledají zklidnění v návykových látkách, ty jsou pro ně úlevou (Hallowell & Ratey, 2007).

V následující části si popíšeme, jak se konkrétně cítí lidé s ADHD při užívání určitých návykových látek. Tato část byla citována dle Hallowella a Rateyho (2007).

Lidé trpící symptomy ADHD se po použití kokainu najednou cítí mnohem soustředěnější. Stimulancia, jímž kokain je na ně nepůsobí jako zdroj energie, ale naopak je zklidňují. Popisují to tak, že se najednou dokážou soustředit a mají pocit, že se jim tím pročistily myšlenky. Proto se člověku s nediagnostikovaným ADHD neuvěřitelně uleví, z toho důvodu sáhá po další dávce. V odborné literatuře se dočteme, že 15 % uživatelů užívajících kokain se po něm cítí soustředěněji, je možné, že těchto 15 % právě trpí dospělou formou ADHD a snaží se v něm najít formu „sebemedikace“.

Alkohol je také často užívanou látkou mezi klienty se symptomy ADHD, popisují ho tak, že dokáže umlčet vnitřní hluk, který je u nich častý. Při krátkodobém užívání snižuje úzkost, která s touto poruchou vzniká. Dlouhodobějším užíváním příznivé účinky vymizí a alkohol působí jako depresivum, tedy vyvolává deprese. Další potíží mohou být abstinenní příznaky, které rozvíjejí úzkost.

Při užívání marihuany lidmi s ADHD, je tlumen vnitřní neklid, tito lidé se drogou zdají být zklidnění, ale při dlouhodobém užití dochází ke ztrátě motivace.

Dle Huntleyho et al. (2012) dalším zjištěním bylo, že u pacientů závislých na kokainu, kteří zároveň trpěli ADHD, byla vyšší hladina motoru a kognitivní impulzivity než u pacientů ADHD bez závislosti na kokainu. Zjištěné poznatky jsou důležité pro další vzdělávání v oboru léčby ADHD a komorbidit závislosti.

Wodarz a kolektiv (2004) ve své studii vyšetřili 314 dospělých alkoholiků na přítomné příznaky ADHD. U 21 % alkoholiků se vyskytovaly poruchy pozornosti a hyperaktivity (dle kritérií DSM-IV). U těchto pacientů byl významně nižší věk v začátku užívání návykových látek a měli výrazně vyšší denní spotřebu alkoholu. Bylo přítomno také daleko více zkušeností se sociálními krizovými situacemi a nepříznivými sociálními podmínkami (11 % ve srovnání s 2 % u pacientů bez ADHD nebo poruch chování), početnější sebevražedné úvahy (25 % oproti 11 %). Celých 51 % těchto pacientů splňovalo diagnostická kritéria pro antisociální poruchu osobnosti (in Paclt, 2007).

V článku Kaye, Darke a Toroka (2013) je uvedeno, že lidé trpící ADHD dříve zahajují užívání návykových látek, dále také dříve přecházejí na injekční užívání, vyzkouší mnoho druhů psychotropních látek, mají vyšší frekvenci užití stimulancií a injekčního užívání v nedávné době a větší pravděpodobnost, že se stanou závislými.

Podobný názor mají také Sullivan a Rudnik-Levin (2001), kteří uvádějí, že přítomnost symptomů ADHD u adolescentů může ovlivnit způsob užívání návykových látek, můžeme předpovídat nižší věk, při kterém dojde k prvotnímu užití drogy, delší trvání poruchy z drog, dochází k rychlému rozvoji závislosti (in Čablová et al., 2015).

Wilens a Fusillo (2007) ve svém výzkumu naznačují, že při přítomnosti symptomů ADHD a komorbidní poruchy (závislostního chování) se vyskytuje těžší průběh v užívání návykových látek a také horší výsledek léčby. Použitím farmak v dětství se snižuje riziko pozdějšího užívání návykových látek a kouření cigaret.

Dle Hallowella a Rateyho (2007) se u jedinců trpících závislostí v kombinaci s ADHD měla léčit jak závislost, tak ADHD. Redukováním příznaků ADHD se totiž snižuje pravděpodobnost dalšího rozvoje závislosti. Člověk by tak neměl potřebu se k drogám vracet. Naopak Adler (2006) poukazuje na to, že jako první musí být řešeny závažnější potíže, což je podle něj závislost na psychotropních látkách a do té doby by se nemělo začínat s terapií ADHD.

3.6 Komorbidita u uživatelů návykových látek

Pojmem psychiatrická komorbidita rozumíme výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u daného jedince. Dalším důležitým pojmem je duální diagnóza, ta je vysvětlována jako souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné

možné psychické poruchy. Tyto pojmy se často zaměňují (Williams & Cohen, 2000; WHO, 2001, 2004, in Kalina, 2008).

Rozlišujeme tři skupiny komorbidit u uživatelů drog. Jako první jsou lidé s psychickou poruchou, která nepatří do skupiny závislostí. Tito lidé často začínají užívat drogy z důvodu této nemoci, jde o tzv. sebemedikaci. Další skupinou jsou lidé, kteří si užíváním návykových látek duševní poruchu způsobí. U třetí skupiny dochází k tomu, že užívání návykových látek a psychická nemoc jsou zapříčiněny další poruchou, kterou může být porucha osobnosti nebo stresová porucha (Kalina & Vácha, 2013).

Rigier et al. 1990 (in Kalina, 2008) uvádí přítomnost závislosti na alkoholu u 22,3 % psychiatricky nemocných jedinců a dalších 14,7 % pacientů uvedlo, že užívá drogy a jsou drogově závislí. Z tohoto výzkumu vyplývá, že 38 % uživatelů návykových látek má další psychiatrické onemocnění.

Studie provedená dle Miovské, Miovského a Mravčíka (2006), která čerpala informace prostřednictvím údajů ÚZIS tvrdí, že pouze 6,1 % uživatelů drog bylo diagnostikováno pro jiné komorbidní duševní onemocnění. Toto tvrzení je rozdílné od zahraničních studií, pravděpodobně je to zapříčiněno malou pozorností k tomuto tématu. Dochází k špatné diagnostice lékaři, kteří se o toto téma dostatečně nezajímají, dále chybně vyplňují formuláře (in Kalina, 2008).

Nejčastěji vyskytujícími poruchami jsou poruchy osobnosti, depresivní a anxiózně depresivní stavy (Kalina, 2006).

Od začátku vývoje terapeutické komunity, byla léčba zaměřena na „léčbu celé osoby“. Drogová závislost se pokládala za projev poruchy osobnosti. Proto byla léčba navrhována jako „léčba s dvojím ohniskem“, zaměřovala se na léčbu závislosti, ale také na úpravu osobnostní poruchy (Kalina & Vácha, 2013).

Faraon (in Drtílková, Šerý et al, 2007) ve své studii poukazuje na možnost výskytu dvou rozdílně geneticky podmíněných subtypů ADHD, jimiž jsou ADHD s komorbidními poruchami chování nebo komorbidním výskytem bipolární poruchy a ADHD bez komorbidity.

Dle Drtílkové, Šerého et al. (2007) dospělí lidé s ADHD provázejí komorbidní poruchy, jejichž spektrum se podobá komorbidním poruchám přítomným v dětství. Adler (2006) poukazuje na to, že komorbidními poruchami trpí 50-70 % dospělých s ADHD. Toto tvrzení potvrdili také Cumyn et al. (2009), kteří zkoumali přítomnost

poruch osobnosti u 447 dospělých pacientů s ADHD a uvádějí, že byla přítomna u 50 %.

Pro přehlednost si uvedeme prevalenci výskytu komorbidních poruch u dospělých:

- abúzus alkoholu (32-53 %),
- úzkostné poruchy (25-50 %),
- poruchy nálady (19-37 %),
- antisociální chování (18-28 %),
- poruchy osobnosti (10-20 %),
- drogová závislost (8-32 %).

Jednou z často vyskytujících se komorbidit je porucha osobnosti, proto se jí v následující části se budeme věnovat podrobněji. Pro přehlednost uvedeme rozřazení poruch osobnosti dle Rabocha a Pavlovského (2012).

Specifické poruchy osobnosti (F60)

Každá specifická porucha osobnosti je vždy typická velmi těžkým postižením v charakteru a tendencích v chování, které může zásadním způsobem narušit více než jednu oblast osobnosti. Prakticky vždy jsou spojeny se závažným selháním postiženého jedince a také jsou spojeny se sociálním selháním.

Seznam poruch:

- Paranoidní porucha osobnosti (F60.0),
- Schizoidní porucha osobnosti (F60.1),
- Disociální porucha osobnosti (F60.2),
- Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3),
- Impulsivní typ (F60.30),
- Hraniční typ (F60.31),
- Histriónská porucha osobnosti (F60.4),
- Anankastická porucha osobnosti (F60.5),
- Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6),
- Závislá porucha osobnosti (F60.7),
- Jiné specifické poruchy osobnosti (F60.8),

- Smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61).

Dle Millera et al. (2008) u jedinců s diagnostikovaným ADHD v dětství, je vyšší riziko vzniku poruch osobnosti v pozdní adolescenci, nejčastěji jimi jsou hraniční porucha osobnosti, antisociální porucha osobnosti a úzkostná vyhubávací porucha osobnosti.

Největší pozornost získal vztah mezi ADHD a hraniční poruchou osobnosti (BPD) a to z důvodu podobných klinických projevů, které jsou od sebe někdy špatně rozlišitelné. BPD je charakterizována poruchami identity, nefunkčními mezilidskými vztahy, impulzivitou a emoční dysregulací, dalším častým rysem je sebepoškozování. ADHD a BPD mají společné rysy, jimiž jsou impulzivita, emoční dysregulace a kognitivní porucha (Speranza, Revah-Levy & Corcos, 2011).

Právě impulzivita je nejdůležitějším společným rysem hraniční poruchy osobnosti a ADHD, jak uvádí ve své studii Edebol, Helldin a Norlander (2012), kde porovnává příznaky vzniklé u ADHD a hraniční poruchy osobnosti. Dále tvrdí, že hyperaktivita je neobjektivnějším příznakem u lidí trpících ADHD, tento příznak však také nacházíme u osob trpících hraniční poruchou osobnosti. Dále poruchu pozornosti najdeme ve větší míře u lidí s ADHD, ale také i u BPD, v této studii projevovala skupina s BPD velkou nepozornost. A konečně impulzivita je obsažena v obou poruchách.

Za zmínění stojí to, že existuje mnoho poruch, které obsahují aspekty impulzivního chování. Jsou jimi například hraniční porucha osobnosti, antisociální porucha osobnosti, bulimie, ADHD, mánie, demence a poruchy způsobené užíváním návykových látek. Také je důležité neopomenout, že pro impulzivitu má mnoho lidí rozdílný popis. Důležitým krokem je správná diagnostika poruchy u konkrétního jedince (Zapolski, Settles, Cyders & Smith, 2010).

Výzkum dle Barkleyho, Fischera, Smallishe a Fletchera (2002) prokázal vztah mezi symptomy ADHD v dětství a jejím následným výskytem BPD v dospělosti. Zjistili, že děti s ADHD měli následně vyšší výskyt BPD ve věku adolescentů ve srovnání s kontrolními vzorky. Toto tvrzení potvrdili také Speranza et al. (2011) ve své studii, kde říkají, že ADHD je neurovývojové onemocnění, které se objevuje v dětství, tedy dříve než BPD a poukazují, že tím pádem může přispět k rozvoji hraniční poruchy osobnosti. Uvádějí, že další studie ukazují, že adolescenti a dospělí s historií ADHD v dětství jsou častěji diagnostikováni pro poruchu osobnosti než ti, kteří symptomy

ADHD netrpěli, a to hlavně s vyšším rizikem pro hraniční a antisociální poruchu osobnosti.

Miller et al. (2008) provedli následnou studii s 96 adolescenty s diagnózou ADHD v dětství a potvrdili, že ADHD je větším rizikem pro rozvoj hraniční poruchy osobnosti v dospělosti, u 13,5 % jedinců s ADHD se zároveň vyskytovala BPD.

U souběžného výskytu ADHD a hraniční poruchy osobnosti je vyšší výskyt zneužívání návykových látek, vyšší míra sebevražedného chování a sebepoškozování (Miller et al., 2008).

Studie dle Mannuzza, Kleina, Abikoffa a Moultona (2004) prokázala, že diagnóza ADHD, zvláště je-li v dětství komorbidní s poruchou chování, může být rizikem pro následný vznik antisociální poruchy osobnosti (APD). Další studie dle Weisse a Hechtmana (in Semiz et al., 2008) zabývající se tímto tématem, sledovala děti s ADHD do jejich 25 let a zjistila, že přibližně u 60 % jedinců i nadále přetrvávaly symptomy ADHD a u 25 % se vyvinula antisociální porucha osobnosti.

Antisociální poruše osobnosti může v dětství předcházet ADHD a antisociální chování, které je v dětství součástí poruchy chování. Antisociální chování začíná už v dětství, je častější u chlapců a je spojováno s vývojovými obtížemi a hyperaktivitou. Rodinné problémy a deviantní vztahy mezi vrstevníky mohou být spojeny jak s ADHD, tak s APD a mohou být důležitými faktory (Semiz et al., 2008).

U této poruchy osobnosti stejně jako u hraniční je dřívější nástup užívání návykových látek a s ním spojených problémů. Dále bylo u APD pacientů s komorbidním ADHD prokázáno častější zanedbávání v dětství, rozvod rodičů a početnější pokusy o sebevraždu.

Důležitým faktorem je identifikovat jednotlivé poruchy, ať je jí ADHD nebo poruchy osobnosti a v rámci toho poskytnout potřebnou péči. Jak už bylo zmíněno, ADHD v dětství je možným rizikem pro rozvoj BPD, APD. Toto riziko se násobí, není-li ADHD v dětství odhaleno a léčeno, nese s sebou ještě větší problémy.

3.7 Možnosti léčby ADHD u dospělých

Dle Hallowella a Rateyho (2007) přichází nová naděje s diagnózou. ADHD je příkladem, kde samotné zjištění a správné určení diagnózy má velmi léčivý terapeutický účinek. Pacient cítí úlevu díky tomu, že se mu nabízí logické vysvětlení příčin jeho

problémů. Tuto situaci lze přirovnat k problémům s krátkozrakostí - pokud krátkozraký o své vadě neví a léta žije s tím, že na dálku nevidí, dochází u něj k mnoha mylným přesvědčením. Domnívá se, že jeho problémy s učením má kvůli nízké inteligenci nebo nedostatečné snaze, ale jak zjistí, že trpí krátkozrakostí, která nemá s inteligencí a snahou nic společného, uvědomí si, že se věci měly úplně jinak, než si celou dobu myslel. U ADHD je to podobné, diagnóza je v tomto případě velice osvobozující.

Léčba ADHD u dospělých je v jiných zemích už dlouho rozvinuta, jsou pro tyto klienty vytvořeny služby, které jim s danou poruchou pomáhají. V České republice není informovanost o této poruše dosud dostatečná, lékaři a jiní odborníci se touto poruchou začali zabývat, ale stále vážně informovanost mezi laickou veřejností. Cílem je poruchu ADHD mezi veřejností odhalit a poté jim nabídnout odbornou pomoc a léčbu. Důležitá je osvěta, aby veřejnost tuto poruchu uznávala a neměla k těmto lidem odmítavé postoje.

Farmakoterapie

Starší studie se zabývaly problémem, zda není účinnost farmak u dospělých nižší než u dětí. Ale novější studie toto tvrzení vyvracejí a zkušenosti jiných zemí, kde je ADHD u dospělých věnována velká pozornost uvádějí, že je používáno stejných léčiv jak u dospělých, tak u dětí.

K léčbě jsou používána stimulantia. Dle Mundena a Arceluse (2009) je nejčastěji užívanými stimulantii Methylfenidat, neboli Ritalin. Podle výzkumu na něj reaguje 25-78 % dospělých, avšak potřebují vyšší dávky než děti. Rozdílnost ve výsledcích může být dána vysokým počtem komorbidit a nebo rozdílnými diagnostickými kritérii. Důležité je dávky zvyšovat postupně. Lék působí na ADHD zvyšováním množství chemických přenašečů (neurotransmitterů), zejména dopaminu a noradrenalinu v synaptických štěrbinách. Při užívání Ritalinu se zlepšuje soustředění a pozornost, dále řešení kognitivních úloh a paměťové úloh. Zlepšuje schopnost jedince si rozmyslet reakci na podnět a posouzení věci, to lidem s ADHD umožňuje, aby regulovali své chování a zlepšili tím své sociální funkce. Ritalin se nedoporučuje užívat při depresivních poruchách, při psychotických stavech a psychózách (Paclt, 2007). Neexistují žádné důkazy, že by bylo možné získat závislost při léčbě stimulantii, ani při mnohaletém užívání. Je důležité, aby se lék nedostal do nepovolaných rukou, snadno by

se mohl stát předmětem zneužití. Avšak v České republice není povoleno jeho podávání dospělým s ADHD (Čermáková, Papežová & Uhlíková, 2012).

V následující části rozdělení farmak je čerpáno z publikace Paclt (2007). Tricyklická antidepresiva, jimiž jsou hlavně Imipramin a desipramin jsou zvláště úspěšná u lidí, kteří trpí symptomy ADHD a zároveň úzkostmi nebo depresemi. Studie Biedermanna a kol. (in Paclt, 2007) uvádí, že při léčbě těmito antidepresivy 70 % léčených měli pozitivní výsledky. Stále ale zůstává nejasností správná míra dávkování.

Antidepresivum Buspiron může snižovat anxieta a destruktivní chování. Prozatím nebyly provedeny studie u dospělých, k dispozici jsou pouze nějaké informace z kazuistik, které tvrdí, že by používání u dospělých s ADHD mohlo být úspěšné.

Léčba může být dále doplněna použitím některých léků jako např. Propranolol (snižuje četnost výbuchů nálady), anxiolytika (zmírňují úzkost), dále léky na snížení hypertenze, stabilizátory nálady (carbamazepin, lithium).

Psychosociální léčba a psychoterapie

Tato léčba u dospělých s ADHD by měla obsahovat edukaci o poruše; rodinné, individuální i svépomocné poradenství; zapojení do podpůrných skupin a trénink dovedností, kterými mohou například být odborné, organizační, finanční poradenství nebo zacházení s časem (Čermáková et al., 2012).

Psychoterapie je u léčby velmi přínosná, zaměřuje se na nízké sebevědomí, nedostatečnou sebeúctu, úzkost, deprese. V zahraničí se často doporučuje skupinová psychoterapie, jenž má velmi přínosné prvky, vzhledem k tomu, že se sejdou lidé, kteří trpí stejným problémem, z toho důvodu si často navzájem radí a podporují se.

Nejčastěji používaná je kognitivně behaviorální terapie (KBT), která se zaměřuje na potlačení nevhodných schémat a nácvik výhodnějších forem jednání a chování, snižuje nepříznivý dopad psychopatologických příznaků v běžných životních situacích. Jak dětem, tak i dospělým doporučuje používání pomůcek, jimiž jsou deníky s termíny úkolů, signalizace úkolů, systém v uspořádání pracovních pomůcek, rozvrhy, plány a jiné (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Léčba v terapeutických komunitách

Nacházíme zde propojenost s ADHD a komorbidní poruchou, jenž je závislostní chování. V tomto případě je velmi přínosná léčba v terapeutické komunitě. V následující části si popíšeme, co to vlastně terapeutická komunita je a jaký má přínos pro léčbu ADHD.

Dle Kratochvíla (in Kalina, 2008) je terapeutická komunita formována jako intenzivní skupinová psychoterapie, kde lidé, často různého věku, pohlaví, vzdělání a náboženství spolu určitý čas žijí. Hlavním programem je skupinové sezení, dále společný program hlavně s pracovní a jinou pestrá činností, která umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti uvedli problémy ze svého osobního života, své pocity a vztahy k lidem. Je nazývána terapeutickou proto, že mimo uvedené projekce umožňuje také zpětnou vazbu o maladaptivním chování, motivuje k získání náhledu na vlastní problémy a na řešení těchto problémů. Umožňuje korektivní zkušenost a nacvičuje nejvhodnější adaptivní způsoby chování.

Terapeutická komunita je používána jako jedno ze zařízení potřebné k léčbě závislostí na návykových látkách.

Hlavními rysy, kterými se terapeutická komunita vyznačuje, jsou organizovanost, struktura a bezpečí. Totéž uvádí Kennard a spol. (in Kalina, 2008), jenž hovoří o tom, že terapeutická komunita nabízí léčeným klientům bezpečné a klidné prostředí s jasně danou strukturou hranic. Komunita také zajišťuje vysoce strukturované prostředí dané soustavou pravidel a pevným denním řádem. Utváří se zde síť vztahů a setkání, které nabízí bezpečný emoční prostor.

Zásadní roli v léčbě ADHD dle Hallowella a Rateyho (2007) tvoří systematičnost a struktura. Může se zdát, že je to poněkud přehnané a struktura přináší stereotyp, ale pro jedince s ADHD je nezbytná.

Dle Miovského et al. (2014) mají jedinci s ADHD narušené kognitivní funkce, odlišné behaviorální projevy, snížené adaptační mechanismy a sociální dovednosti. Pro tyto klienty je výhodným faktorem model komunity, kde lze využít skupinu k usnadnění sociální a psychosociální změny v chování jedince.

Dle Yaloma (in Kalina, 2008) jsou změny probíhající v terapeutické skupině důležitými nástroji v rozvoji procesu, zejména tam, kde terapeutická skupina nové vzorce chování posiluje a podporuje. Dojde-li totiž ke změně vzorců chování, vyvolává tato změna celý nový cyklus interpersonálního učení na základě pokračující zpětné

vazby. Začíná se nová adaptivní spirála, která začíná nejprve uvnitř skupiny a pak se rozšiřuje i mimo ni. Nepřizpůsobivé chování klienta se mění a postupně se tím zvyšuje schopnost navazovat uspokojivější vztahy – sníží se tím úzkost, vzrůstá sebedůvěra a otevřenost, kladné hodnocení klienta ostatními zase podporuje další vývoj pozitivním směrem.

ADHD spolu se závislostí na návykových látkách komplikuje samotnou léčbu závislostí, pokud není léčeno souběžně. To může mít celkový vliv na léčbu závislostního chování, klient není schopen se adaptovat na léčebný program, nemusí zvládat nároky, které jsou na něj kladeny. Pouhý problém mu často bude činit dochvilnost, řád a vztahy s ostatními členy komunity. To může mít za následek i pozdější vypadnutí z léčby a její nedokončení (Miovský et al., 2014).

3.8 Dopad ADHD na profesní a sociální život

ADHD s sebou přináší řadu komplikací a problémů nejen v dětství, ale i v dospělosti. Donedávna se lidé domnívali, že výskyt ADHD je přítomný pouze u dětí, až v poslední době se mnoho studií začalo zajímat o ADHD u dospělých, zejména v jiných zemích. Tito lidé mají problémy jak v osobním životě, tak v profesním (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Dle údajů výzkumníků na problematiku ADHD jsou lidé s touto poruchou s daleko větší pravděpodobností vyloučeni ze škol (32-40 %), jen mimořádně dokončí studia vysoké školy (5-10 %), mají velice málo nebo vůbec žádné přátele (50-70 %), v zaměstnání pracují na nižších postech (70-80 %), jsou antisociálně aktivní (40-50 %), častěji konzumují tabák a návykové látky. U dívek dochází k předčasnému sexuálnímu životu - dříve otěhotní (40 %), u mladistvých se častěji vyskytují sexuálně přenosné choroby (16 %), díky nepřiměřené rychlosti a nepozornosti působí časté dopravní nehody, častěji se vyskytují depresivní stavy (20-30 %) a častější výskyt poruch osobnosti (18-25 %) (Drtílková, Šerý et al., 2007).

Problémy se vyskytují i v partnerských vztazích, v nichž jeden nebo oba partneři trpí poruchou pozornosti. Situace v tomto vztahu se může měnit z hodiny na hodinu, někdy připomíná rozbouřené moře. Pacientka, která v takovém vztahu dlouhodobě žila, výstižně uvedla, že nikdy neví, co může od partnera očekávat; nemá v ničem spolehnutí, ani zastání. Jejich život se někdy podobá cirkusu. Porucha ADHD dokáže výrazně narušovat vztahy a velice negativně do nich také zasahovat. Často jsou oba partneři na

pokraji sil. Pokud vyhledají dostatečnou odbornou pomoc, mohou spojit svoje síly, místo toho, aby bojovali jeden proti druhému (Hallowell & Ratey, 2007).

Partner jedince s ADHD často potřebuje stejně intenzivní pomoc jako jeho protějšek. Partner člověka s ADHD může být neskutečně přetížený, snaží se držet rodinu nad vodou, vše zvládnout nejen finančně, ale i po psychické stránce. Ve vztazích, v nichž jeden partner trpí ADHD, obvykle vzniká takzvaný začarovaný kruh. U partnera se projevují příznaky, jako je zapomětivost, zmatečnost, roztržitost a tím „zlobí“ svého partnera – partner osočuje a kritizuje svůj protějšek s ADHD - partner trpící ADHD se stáhne – partner netrpící ADHD rozzlobeně a opakovaně zdůrazňuje své požadavky a očekávání, chce, aby se mu jeho protějšek více věnoval. Tyto požadavky obou partnerů se opakují stále dokola.

Nepříjemné problémy vznikají jak v rodině, tak v práci. Jak se dovíme z knihy Hallowella a Rateyho (2007), dospělí s ADHD nezačínají v zaměstnání vysokých postů. Důvody je častá ztráta pozornosti, kterou by měli práci věnovat. Časté nedokončování úkonů. Tito lidé se bojí si dávat velké cíle, protože už dopředu odhadují, že jich nedostojí. Dalším problémem je nespolehlivost, kupříkladu časté pozdní příchody do zaměstnání.

Byla provedena studie, která se zabývá ADHD a jejím dopadem na nižší výkon v zaměstnání, bylo prokázáno, že lidé s ADHD v zaměstnání vykazují nižší výkonnost než lidé bez ADHD (Halbesleben, Wheeler & Shanine, 2013).

Další studie dle Lensinga et al. (2013) se zabývá kvalitou života u dospělých s ADHD. Závěrem je, že dospělí starší padesáti let vykazují nižší kvalitu života ve srovnání s populačními normami. Tento dopad přetrvává do pozdní dospělosti.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

V teoretické části byly shromážděny informace týkající se problematiky ADHD, jejich rozdíly v dětství a dospělosti a s tím spojené problémy, které tato porucha způsobuje.

V zahraničí se tématem výskytu ADHD u drogově závislých zabývá mnoho studií, v České republice je v současnosti realizován výzkum, který má za úkol tuto problematiku zmapovat, diagnostikovat ADHD v terapeutických komunitách a bude se zabývat prevalencí poruchy ADHD u těchto klientů. Díky velkému zájmu o tuto problematiku se výzkum bakalářské práce zabývá mapováním jedince trpícího symptomy ADHD, který byl zároveň uživatelem návykových látek. Mapování bude prováděno pomocí osobní případové studie, název dle Hendla (2005) nebo název dle Miovského (2006) pomocí jednopřípadové studie. Hendl (2005, s. 104) uvádí, že *„jde o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné osoby.“*

4 CÍL A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Cílem výzkumu mé bakalářské práce je prozkoumat a následně charakterizovat chování klienta se symptomy ADHD užívajícího návykové látky. Zjistit, jak zvládá toto znevýhodnění od dětství až do současnosti a jaké komplikace mu tyto symptomy způsobily. Cílem je najít provázanost mezi přítomností ADHD v dětství, v rozvoji užívání návykových látek v dospívání a projevy ADHD v dospělosti. Dalším cílem je zjistit, zda komplikace jako je přítomnost symptomů ADHD, může mít vliv na zvládání léčby v terapeutické komunitě.

Výzkumné otázky:

1. Mají vyskytující se symptomy ADHD u daného klienta souvislost s užíváním návykových látek v adolescenci?
2. Mají vyskytující se symptomy ADHD u daného klienta souvislost s užíváním návykových látek v dospělosti?
3. Jaké problémy způsobily danému klientovi symptomy ADHD v dětství, v dospívání a následně v dospělosti v souvislosti s užíváním návykových látek?
4. Jaké jsou projevy chování daného klienta v průběhu léčby v terapeutické komunitě a jaký může mít výskyt symptomů ADHD vliv na zvládání režimové léčby?

5 VÝZKUMNÝ SOUBOR

5.1 Popis a výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří klient terapeutické komunity, který je zde léčen pro závislost na návykových látkách. Důležitým předpokladem u tohoto klienta byla přítomnost duální diagnózy ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), který byl přítomný v dětství a přetrval do dospělosti.

Pro výběr výzkumného vzorku byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru, která patří pod nepravděpodobnostní metodu. Jak také uvádí Hendl (2005), kritéria pro výběr klienta jsou předem známá a jsou nezávislá na výsledcích výzkumu. Dle Pattona (1990) touto metodou cíleně nalézáme účastníky podle jejich určitých vlastností, právě kritériem je určená vlastnost nebo stav. Do výzkumu zahrnujeme pouze ty klienty, kteří toto kritérium splňují a zároveň souhlasí s účastí na výzkumu (in Miovský, 2006). V tomto případě je to přítomnost závislosti na návykových látkách a zároveň ADHD. V našem výzkumu byla konkrétně použita metoda záměrného účelového výběru přes instituce, jenž je metodou: *„kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá.“* (Miovský, 2006, s. 138).

Výběr klienta proběhl po domluvě s terapeutickou komunitou, zástupce této komunity navrhl klienta, u kterého byl předpoklad přítomnosti symptomu ADHD. Pro tuto předpokládanou diagnózu byly použity dotazník na přítomnost ADHD, a to konkrétně Diagnostické interview o ADHD u dospělých (DIVA). U prvního účelem zvoleného klienta nebyla přítomnost symptomů této poruchy nalezena. U dalšího zvoleného klienta se příznaky ADHD potvrdily a byl proto vybrán pro náš výzkum.

5.2 Etické aspekty

Respondent byl seznámen s cílem výzkumného šetření a formou prezentace výzkumných dat, tedy že informace, které získáme, budou využity pouze ke studijním účelům. Byl informován, že jeho účast ve výzkumu je dobrovolná a má právo kdykoliv od výzkumu odstoupit. Dále byla sdělena pravidla o ochraně osobních dat, audiozáznam bude přepsán anonymně a nikde se nebude vyskytovat klientovo jméno a identifikační údaje. Základní etickou normou bylo seznámení a podepsání informovaného souhlasu účastníkem výzkumu.

6 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Hlavní metodou sběru dat v kvalitativních výzkumech je naslouchání vyprávění, pokládání otázek jedincům a tím získání jejich odpovědí. Při kvalitativním rozhovoru je třeba učinit mnohá rozhodnutí například o obsahu otázek, formě a o jejich pořadí. Důležité je vymezit si přibližnou délku rozhovoru a dále se zaměřit na začátek a konec rozhovoru, na začátku prolomit nejistotu ze strany dotazovaného a konec rozhovoru bývá důležitý díky zajímavým informacím (Hendl, 2005). Pro získání dat bylo užíváno polostrukturovaného interview, které se zaměřuje na okruh otázek týkajících se anamnézy, a to hlavně dětství a daných projevů ADHD, dále dospělosti a daných projevů. Důležitým okruhem je vznik závislosti u takového jedince a její průběh, spojitosti s ADHD. Rozhovor probíhal v prostoru terapeutické komunity. Dle Hendla (2006) se polostrukturované interview vyznačuje definovaným účelem, danou osnovou a velkou pružností při získávání informací v procesu. Dle Miovského (2006) je u polostrukturovaného interview důležité upřesnění a vysvětlení odpovědi klienta, doptáváme se, zda jsme ho správně pochopili. Dále klademe dodatečné otázky a téma hlouběji rozpracováváme, abychom dokázali zodpovědět výzkumné otázky.

Pro výhodné zpracování byla použita fixace kvalitativních dat, rozhovor byl nahráván pomocí audiozáznamu (diktafonu) pro lepší orientaci při interview. Jak tvrdí Miovský (2006), tak pro výzkumníka je velkou výhodou, když si nemusí dělat poznámky, které by měly zaznamenat celý rozhovor, ale soustředí se kupříkladu na pozorování, které nemůže být v audiozáznamu z technických důvodů zachyceno.

Pro další záznamy byl během rozhovoru použit záznamový arch, který byl využit na záznam osobních údajů a dále záznamový arch na pozorování, jenž se zaměřuje na pozorování neverbálních projevů.

Další metodou sběru dat byla práce s existujícími dokumenty, se screeningovými dotazníky, které byly vyplněné s pomocí kolegů v terapeutických komunitách při nástupu tohoto klienta a byly poskytnuty k nahlédnutí. Dle Novákové (1972) data vznikají a jsou fixována běžným způsobem, přicházíme s nimi do styku až při výzkumu v jejich fixované formě, aniž bychom měli možnost se na jejich vzniku nějak podílet. Konkrétně to byl dotazník EuropASI, který vede k popisu obtíží klienta s návykovými látkami a následnému posouzení závažnosti problému. Dále Diagnostické interview o ADHD u dospělých (DIVA), které slouží ke stanovení diagnózy ADHD u dospělých,

je založené na diagnostické klasifikaci DSM-IV a obsahuje hlavně otázky týkající se základních symptomů ADHD.

Dalším zdrojem dat byly výsledky klinicko-psychologického vyšetření, jehož závěry byly poskytnuty pro účely tohoto výzkumného šetření. Jednalo se o psychologické vyšetření se zaměřením na strukturu osobnosti a diferenciální diagnostiku poruch osobnosti a ADHD.

7 ZPRACOVÁNÍ DAT A JEJICH PŘÍPRAVA PRO ANALÝZU

Zpracování dat je poslední fází, při které dochází k úpravám dat do takové podoby, aby bylo možné zahájit jejich analýzu.

Dále dochází k fixaci dat, tedy zaznamenání dat pro další práci, v tomto případě pomocí nahraného audiozáznamu. Digitální diktafony, které jsou v dnešní době používány, umožňují zaznamenání rozhovoru v počítačové formě, což je velkou výhodou pro následnou manipulaci s materiálem (Miovský, 2006). Dále dochází k fixaci dat pomocí záznamových archů.

Převažující část dat je zaznamenána v netextové formě (audiozáznam), který se pomocí transkripce převedl do formy textové. Transkripce je podle autorky Leixové (2003) velmi podceňována (in Miovský, 2006). Dochází ke zkreslování dat, často nejsou důležitá data zaznamenána.

Pro naši práci mohou být zajímavými daty na audiozáznamu sledování dalších znaků jako je: „*běžné mluvené slovo, síla hlasu, délka pomlk, různé doprovodné zvuky či řečové vady atd.*“ (Miovský, 2006, s. 206). Úskalím transkripce je, že často nelze zaznamenat veškerá data.

Na audiozáznamu je všechno zaznamenáno, tak jak to v danou chvíli proběhlo, je tedy zcela nestranný. Postupy, které jsou prováděny výzkumníky při činnosti transkripce, podléhají právě vlivům onoho výzkumníka, mohou být systematické, ale i nesystematické. Proto jsou zavedeny techniky, kterými se snažíme ony vlivy odhalit a z velké části je odstranit. Z tohoto důvodu jsme použili kontrolu transkripce opakovaným poslechem, kdy jsme po vyhotovení přepisu, výhodnější je i po delším časovém odstupu, audiozáznam poslouchali znovu a zároveň ho porovnávali již s vyhotoveným přepisem. Případně jsme doplnili nedostatky nebo opravili chybné formulace (Miovský, 2006).

Nyní můžeme předpokládat, že máme textový dokument, který kopíruje původní záznam a je připraven pro další práci.

V této fázi přecházíme k systematizaci dat pro kvalitativní analýzu, dle Miovského (2006) v prvním kroku třídíme získaná data podle určitých kritérií, kterým je v našem případě metoda získávání dat, které podle této metody rozdělíme do následujících skupin:

- a) Transkripce audiozáznamu, která byla získána při rozhovoru s klientem;
- b) Klientem vyplněné dotazníky na téma závislost, přítomnost symptomů ADHD, kvalita života, zdraví a dalších životních oblastí, dále psychologické vyšetření stanovené psychologem;
- c) Záznamový arch osobních údajů, vyplněn výzkumníkem;
- d) Záznamový arch pozorování neverbálních projevů, vyplněný výzkumníkem.

Druhým krokem jsou úpravy, které usnadňují práci s těmito daty, a proto se nazývají úpravy dílčí, pro náš výzkum použijeme tyto:

- a) Editorování – jedná se o úpravy, kdy do textu doplňujeme poznámky, které nám přijdou vhodné zařadit;
- b) Barvení textu – tato technika napomáhá orientaci v textu, barevně odlišujeme jednotlivá témata napříč textem;
- c) Tvorba kazuistiky – ze shromážděných informací byla vytvořena kazuistika, která se zaměřuje na projevy ADHD v dětství a dospělosti, problémy, které tyto symptomy způsobují. Dále jak ADHD působí na léčebný proces.

8 ANALÝZA DAT

K analýze kvalitativních dat byla využita metoda analýzy dat případové studie zaměřená na případ, která dle Milese a Hubermana (1994) uvažuje o případu jako o celistvém, hledá konfigurace, asociace, příčiny a následné následky uvnitř případu. Dochází k tomu, že se výzkumník snaží dát určitý smysl údajům, které z případové studie shromáždil. Postupovali jsme podle holistického způsobu analýzy, kdy se nesnaží o rozpad získaných dat na jednotlivé části, ale nýbrž hledá závěry posouzením celku (in Hendl, 2006).

9 CHARAKTERISTIKA SUBJEKTU KAZUISTIKY

9.1 Osobní anamnéza

Zdravotní anamnéza – podle klientových informací byl prenatalní vývoj i porod bez větších komplikací. Uvádí, že porod trval dlouho díky tomu, že byl velké a těžké dítě. V dětství neprodělal žádná závažná onemocnění, pouze běžné dětské nemoci. V dospívání utrpěl úraz klíční kosti. V dospělosti prodělal operační zákrok na palci u ruky. Během léčby v terapeutické komunitě v roce 2009 byl hospitalizován kvůli zákroku na hlasivkách, kde měl nějaký nález – neví jaký.

Klient byl testován na hepatitidy typu A, B, C. Zjištěna chronická HVC, která je v této době už zaléčena. Absolvoval také test na HIV, který vyšel negativně. V současnosti nemá žádné jiné zdravotní potíže.

Psychologická anamnéza – v dětství první kontakt s pedagogicko-psychologickou poradnou (PPP), kam ho přivedli asi v 7. třídě rodiče, kteří si s ním podle jeho slov „nevěděli rady“, klient uvádí, že se špatně učil. Tam mu byla diagnostikována dyslexie a dysgrafie. Poté se s ním začali rodiče více učit. ADHD mu v dětství diagnostikováno u psychologa nebylo, ale jak sám zmiňuje, měl s pozorností velké problémy a to hlavně ve škole. Měl problémy s tím, aby udržel pozornost při činnostech, kdy se to od něho očekávalo. Impulzivita nebyla v dětství přítomna, ta se objevuje až s užíváním návykových látek. Porucha pozornosti v dospělosti se nejvíce projevila při abstinenci v první léčbě a podle klienta se pořád zhoršovala. T. č. problémy s pozorností, impulzivitou a nevypočitatelnou náladou, v terapeutické komunitě nezvladatelné a proto klientovi doporučena léčba farmaky. Po kombinaci psychofarmak si klient stěžuje na únavu. Ale příkladem vynechání léku na potlačení impulzivity je stav, který je podobný tomu na drogách, klient je plný energie, je rozlitaný, projevuje se u něj nespavost, dobrá nálada, ale také může tento stav rychle sklouznout do konfliktu.

Kontakt s psychiatrickou péčí proběhl před nynější léčbou a to v psychiatrické nemocnici, kam nastoupil dobrovolně kvůli rozvoji paranoidně-halucinatorní psychóze a současnému užívání návykových látek (metamfetaminu). Po absolvování léčby v PN navázal léčbou v terapeutické komunitě.

Pomocí psychodiagnostických metod, jakými je Minnesotský osobnostní inventář (MMPI-2) nebyla zjištěna přímo porucha osobnosti, ale test poukazuje na akcentovanou osobnost s psychastenickými a histriónskými rysy s tendencí

k impulzivním reakcím, nedůvěřivosti, problémy s koncentrací a sociální adaptací. Dále výsledky dle testu Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI) naznačují přítomnost zvýšených osobnostních rysů ve smyslu impulzivity, sebejistého – asociálního a histriónského typu osobnosti.

Při užívání návykových látek měl občas sebevražedné myšlenky, suicidiálními pokusy bylo podvědomé zvyšování dávek návykové látky. Klient udává, že si schválně dával velké množství drogy a doufal, že se už neprobere.

Sexuální anamnéza – počátky pohlavního života v 17 letech, sexuální orientace – heterosexuál. Dlouhodobý vztah s partnerkou, který trval 4 roky, od rozchodu neměl žádný dlouhodobý vztah a užíval si na drogách takzvané „střídačky“. Velká promiskuita a s ní spojené rizikové chování.

9.2 Sociální anamnéza

Už na základní škole měl klient velké problémy s prospěchem, které ho dovedly do PPP, kde mu byla diagnostikována dyslexie a dysgrafie. Školní docházka pro něj byla díky těmto poruchám „za trest“. Až do deváté třídy vztahy v kolektivu moc neřešil, po celou dobu měl jednoho kamaráda a byl velmi nenápadné a hodné dítě. Klientův názor byl, že mezi partu nezapadal a že ho považovali za hloupého člověka. Po základní škole nastoupil na odborné učiliště, kde vystudoval obor truhlář/dřevěné konstrukce. Velká změna u něj nastala v zařazení do kolektivu, naskytla se parta, která ho nejen přijala mezi sebe, ale také nabídla možnost užívat účinky návykových látek. Klient z důvodu touhy po pozornosti neváhal o tomto zařazení. Jak klient uznává, drogy pro něj byly formou sebemedikace, pomohly mu s poruchou pozornosti. Znevýhodnění jako je dyslexie a dysgrafie spolu s užíváním návykových látek a záškoláctvím mu přispěly k špatným studijním výsledkům, opakoval písemné zkoušky, ale školu nakonec dokončil.

Klient byl od předškolního věku rodiči veden ke sportu, hrál fotbal, chodil na karate, ale raději trávil čas pouze se svým kamarádem doma, kde hráli počítačové hry. V dospívání navštěvoval posilovnu. Během abúzu se nezaměřoval na volnočasové aktivity ani jiné záliby.

Po ukončení studia klient nastoupil do firmy na výrobu plastových oken, kde pracoval přes půl roku. Problémy způsobené užíváním návykových látek ho o tuto práci připravily. Poté byl dlouhou dobu nezaměstnaný, přibližně 3 roky. Po první léčbě

v terapeutické komunitě a doléčovacím centru pracoval v továrně na výrobu hliníkových konstrukcí. Další pracovní pozice byla v soukromé firmě na betonování, kde pracoval na živnostenský list. V tomto zaměstnání se musel starat nejen o manuální práci, kterou musel vykonat, ale také o fakturování a veškerou dokumentaci k tomu potřebnou, kterou později předával zaměstnavateli. Právě při této práci se ukázalo, že mu takovéto kancelářské činnosti dělají velké problémy. Nedokázal se soustředit na povinnosti, které musí splnit, často odevzdal faktury opožděně nebo vůbec, zapomínal na schůzky. S návratem k užívání drog neodevzdával zisk za odvedenou práci zaměstnavateli. Finanční příjem klienta v současnosti činí přibližně 2200,- Kč ze systému dávek sociálního zabezpečení. Z tohoto uhrazuje poplatky na živobytí v terapeutické komunitě a jeho matka mu přispívá peníze formou kapesného. Klientovi dluhy činí v současné době přibližně tři čtvrtě miliónu, až milión. Převážnou většinu dluhů tvoří pokuty a penále u dopravních podniků a Českých drah.

V 17 letech byl klient vyhozen matkou z domova, což bylo zapříčiněno tím, že rodině kradl peníze, aby měl na drogy. Poté se nastěhoval k biologickému otci na chatu, kde pobýval většinu času. Občas se nastěhoval k nějaké přítelkyni na byt. Nikdy nebyl ohrožen bezdomovectvím.

Zatím neměl klient žádné právní problémy, nebyl trestán, ale v současné době očekává obvinění své osoby za trestnou činnost krádeže, které prováděl ještě před nástupem do terapeutické komunity.

Nejdůležitější osobou v jeho životě je matka, která ho po celou dobu podporuje v léčbě. Po dobu pobytu v terapeutické komunitě mu přispívá i finančně na živobytí. Klient by ještě rád na vztahu s matkou pracoval. O matce tvrdí, že je na něj občas až moc hodná. Svého otčíma má rád, ale nechce mu o své závislosti nic vysvětlovat, protože se bojí nepochopení z jeho strany. Vztah s vlastním otcem je složitý, jelikož od rodiny odešel již v jeho dětství a sešli se až při braní drog, které teď mezi nimi tvoří velkou překážku, jelikož otec se nechce léčit. Další důležitou osobou v jeho životě je jeho mladší sestra, u které propásl, díky drogové závislosti, její dospívání a rád by se s ní více sblížil a udržoval s ní bližší kontakt. Sestra o něj projevuje zájem, přislíbila mu v nejbližší době návštěvu v terapeutické komunitě. Jako důležitou osobu v partnerském vztahu klient uvádí partnerku, s kterou byl od 21. let po dobu 4 let. Jejich vztah byl divoký, plný hádek a konfliktů. Jejich konflikty vznikaly díky jeho žárlivosti, výbušnosti a nespolehlivosti a později díky jeho závislosti, kvůli které se nakonec

rozešli. V této době nemá žádné blízké přátele, na které by se mohl spolehnout a s kterými by byl v kontaktu, kromě těch z drogového prostředí.

9.3 Rodinná anamnéza

Klient vyrůstal v úplné rodině do svých 2 let, poté se rodiče rozvedli. Rodina byla doplněna o partnera matky, který fungoval jako vlastní otec, klient ho otcem i nazýval, měl s ním velmi dobrý vztah. Vyrůstal v materiálně zajištěné rodině s dobrým postavením. Matka (50 let) vystudovala vysokou školu ekonomického zaměření a pracuje jako mzdová účetní. Biologický otec (55 let) vystudoval střední strojírenskou školu, v této době je nezaměstnaný. Od narození klienta měl otec problémy s alkoholem, ten zapříčinil konflikty mezi rodiči a následný rozvod. Ve věku 45 let začal otec užívat pervitin, dali se s klientem dohromady po tom, co ho matka vyhodila z domova a začali spolu také pervitin vyrábět. Jak říká klient, otec vždy rád experimentoval. Do chvíle, kdy se klient nastěhoval ke svému otci, a začali užívat, spolu netrávili moc času, syn otce navštěvoval pouze občas a to z důvodu toho, že od něj něco potřeboval. V době před začátkem užívání pervitinu, vlastnil otec vlastní firmu, pneuservis, která postupem času zkrachovala.

Matka nemá žádné zdravotní potíže, nepřítomnost závislostního chování. U otce je předpokládána kvůli častému užívání závislost na návykových látkách, kterou ale on sám popírá, tvrdí, že kdykoliv bude chtít přestat užívat, tak to sám dokáže. Důvodem rozvodu rodičů bylo otcova častá konzumace alkoholu už po klientově narození.

Klient má jednoho sourozence a to mladší sestru ve věku 17 let, ta studuje v této době na gymnáziu a nemá žádné problémy s návykovými látkami. Ona sama má k návykovým látkám odpor z důvodu toho, co udělaly s jejím bratrem a do jaké životní situace ho to dostalo.

V širší části rodiny nejsou přítomny žádné psychiatrické diagnózy a závislostní vzorec chování. V příbuzenstvu je častý výskyt nádorovitěho onemocnění a to hlavně u žen, babička i sestra matky zemřely na karcinom mozku. Dále výskyt mozkové mrtvice u dědečka.

Přístup rodičů ke klientovi od dětství byl takový, že se mu museli kvůli nedostatku pozornosti a špatným studijním výsledkům více věnovat. Díky dyslexii a dysgrafii se s ním často učili, matka se snažila synovi situaci všemožně usnadnit. Vzhledem k matčině nedostatku času, musel s klientem čas nad úkoly trávit otčím, který

neměl na jeho poruchy učení trpělivost, domníval se, že kdyby syn chtěl, nebyl by tento režim potřebný. Stejný názor má i na problémy nevlastního syna s užíváním návykových látek, podle jeho názoru stačí pouze chtít přestat. Proto si nejsou v této době tak blízcí a klient se ani nesnaží mu svůj stav a to jak se cítí vysvětlovat. Nezve ho ani do terapeutické komunity na rodinnou terapii nebo na návštěvy.

9.4 Drogová anamnéza

Klientovou primární drogou je pervitin, který poprvé užil v 16 - ti letech při nástupu na odborné učiliště se svou partou. Vzpomíná, že se prvního užití celkem obával, ale zvědavost a pocit úniku od reality nepozorného a zamlklého chlapce ho přesvědčila. Po užití se mu líbilo, jak moc byl hovorný, že si najednou se všemi kamarády rozuměl, měl si s nimi o čem povídat a díky tomu měl velké množství kamarádů. Dalším pozitivem bylo, že se konečně nebál oslovit děvčata, která se mu líbila. Byla to pro něj velká změna oproti základní škole. Od 16 do 18 let užíval formou sniffingu, ze začátku velmi často, až několikrát týdně. S ukončením učiliště a odchodem z domova začal užívat intravenózně, asi 3 měsíce ještě chodil do zaměstnání, ale poté jej kvůli nespolehlivosti spojenému s užíváním drog propustili. Spojil se se svým biologickým otcem, společně začali pro svou potřebu vyrábět pervitin. Ve 21 letech nastupuje na detoxifikaci a na první léčbu do terapeutické komunity, kterou úspěšně dokončil, hned poté nastoupil na doléčovací léčbu, s kterou přichází i nástup do nového zaměstnání. Po 7 měsících abstinence návrat k drogám, po nějaké chvíli opět propuštěn ze zaměstnání. Každá klientova recidiva byla spojena s návratem k biologickému drogově závislému otci. S délkou užívání se zvyšovala potřebná dávka návykové látky. Ve 24 letech další nástup na detoxifikační jednotku a následná léčba v terapeutické komunitě, kterou nedokončil celou, poté 2 měsíce abstinoval. Od tohoto okamžiku neměl klient žádné zaměstnání, drogy si sám vyráběl, na jídlo a potřebné věci k výrobě drog si vydělával krádežemi v obchodech, odcizené věci poté prodával. Poslední čtyři roky si aplikoval drogu i 10x za den, jeho denní dávky vystoupaly na 2mg. Uvádí příklad, že přítelkyně si užívala na droze, byla plná energie a on usnul. V poslední době při užívání pervitinu trpěl příznaky psychotické poruchy, byl paranoidní, schovával se v lese před lidmi, kteří by mu mohli podle jeho slov ublížit. Tyto problémy po abstinenci od drogy odezněly. To byl jeden z hlavních důvodů nástupu do poslední léčby, která probíhá v této době. Nástup na předchozí léčbu nebyl zcela dobrovolný,

nutila ho do něj maminka. V tomto posledním případě si uvědomil, že už to nezvládá a že pocity, které prožívá při užití, jsou už nesnesitelné.

První užívanou návykovou látkou byl v 16 - ti letech alkohol, cigarety a marihuana. Alkohol přestal užívat s nástupem intravenózního užívání pervitinu, ale za poslední 4 roky se vrací k opětovnému užívání, denně vypije až 6 piv. Alkohol mu dělá dobře díky zklidnění a utlumení, které po něm v kombinaci s pervitinem nastane. Od začátku užívání cigaret neproběhl žádný pokus o odvykání. Během dospívání bylo kouření marihuany každodenní záležitostí, s postupem intravenózního užívání pervitinu intenzita užívání marihuany ubývá. Za poslední 4 roky skoro vůbec marihuanu nekouří, stížnost na špatný psychický stav po kombinaci marihuany a pervitinu, vadí mu, že při tomto stavu o sobě vůbec neví.

Proběhlo experimentování i s dalšími návykovými látkami jako je heroin, který užil 2x za život, bylo mu po něm fyzicky špatně. Extázi užíval ve věku 16-17 let asi 10x, líbilo se mu, že je po užití průbojný, na párty se nebál nikoho oslovit. Proběhlo jednorázové užití kokainu, klient si nepamatuje, jak se cítil při užití. LSD a lysohlávky užil celkem asi 5x a to během adolescence, nepůsobily mu žádné potíže. Diazepam užíval v období od 18-21 let jednou denně.

Problémy spojené s užíváním návykových látek

V nedávné době trpěl příznaky toxické psychózy. V případě klienta mohly být způsobeny užíváním velkého množství návykové látky současně. Klient se při intoxikaci cítil být pronásledovaný, byl vztahovačný, domníval se, že ho všichni pomlouvají. Měl sluchové a zrakové halucinace. Klient trávil většinu času před odchodem do léčby v lese, cítil se tam klidnější, že ho tam nemůže nikdo pronásledovat. S abstinencí od drogy tyto příznaky odezněly.

Klient trpí úzkostnými stavy i po abstinenci od drogy, v této době užívá léky na snižování úzkosti.

Dalšími obtížemi spojenými s užíváním návykových látek je výrazná porucha pozornosti a impulzivity. Porucha pozornosti byla anamnesticky zjištěna už od dětství, užíváním návykových látek a jejich účinkem byla překryta, ale po abstinenci od drogy se tyto obtíže výrazně vracejí a tak projevují v dospělosti. Klientovy obtíže s pozorností jsou v léčbě velkým úskalím, klient se nemůže do léčby zapojit takovým způsobem jako by tomu bylo bez těchto problémů. Během skupinových sezení ztrácí po chvíli

pozornost, nevnímá ostatní, a jak říká, jede si v hlavě svůj seriál. Často, když na něj někdo promluví, trvá mu chvíli, než se vzpomene a je schopný odpovědět na otázku, někdy se musí znovu ptát a žádá její zopakování. Obtíže mu také způsobuje dlouhé mluvení, zasekne se a neví, o čem chtěl dále povídat. Impulzivita nebyla v dětství anamnesticky zjištěna. Ta přichází až s užíváním návykových látek a přetrvává i po abstinenci od drogy. V terapeutické komunitě se s impulzivitou potýká každý den, skáče ostatním klientům do řeči, když nemá slovo, nenechá ostatní domluvit. Neustále musí něco dělat, nedokáže setrvat u jedné činnosti. Neuznává autoritu k ostatním klientům, i když na ní mají právo a jsou například ve vedoucí funkci, co se týče chodu komunity. Velmi často iniciuje konflikty, které končí hádkami. Při těchto hádkách je agresivní, v terapeutické komunitě se drží kvůli řádu, který agresivitu zakazuje. T. č. mu v terapeutické komunitě udělena podmínka za opakované vyvolávání konfliktů.

K předávkování, u kterého by byla potřebná resuscitace, nikdy nedošlo, klient užíval velké dávky návykové látky, ale vždy se z tohoto stavu po několika hodinách probudil.

Klientův odvykací stav je doprovázen průjemem, střídáním horka a zimy, zimnicí, vypadá jako odvykací stav u látek, kde dochází k fyzické závislosti. Tento stav trvá přibližně čtyři dny.

Výskyt tělesných potíží, a to konkrétně abscesu na levé horní končetině, který byl léčen v PN. Od té doby brnění ruky, hlavně v noci. Přítomnost hepatitidy C v chronické podobě, v této době zaléčena. Dále potíže spojené s kouřením, častý kašel, který nejde zastavit.

V důsledku užívání návykových látek s ním byl vždy rozvázán pracovní poměr pro neplnění pracovních povinností.

9.5 Léčby a abstinční pokusy

Po pobytu na detoxifikační jednotce absolvoval léčbu v terapeutické komunitě, bylo mu 21 let. Důvodem nástupu byla neschopnost postarat se sám o sebe, byl otcem vyhozen z chaty, na které spolu žili. Nějakou dobu přespával po známých, posléze došlo na to, že by měl žít venku i přes noc a tato situace ho přiměla k nástupu na léčbu. Představa životního stylu, jako je bezdomovectví, byla pro něj nepřijatelná. První léčba byla řádně dokončena, následoval nástup do doléčovacího centra.

Druhá léčba probíhala ve stejné terapeutické komunitě jako předešlá, a to ve 24 letech. Do léčby nastoupil pod nátlakem své matky, která chtěla, aby se léčil ze závislosti. Léčba ukončena předčasně a došlo k opětovnému nástupu do doléčovacího centra.

Třetí léčba probíhá v současné době, klient v 1. fázi, problém s pravidly komunity a kázní, udělena podmínka.

Nejdelší doba abstinence po ukončení první léčby, a to 7 měsíců. Po druhé léčbě abstinence 2 měsíce.

9.6 Situace výchozího bodu

S klientem proběhlo jednorázové setkání v terapeutické komunitě, kde absolvuje svou léčbu ze závislosti na návykových látkách. Toho času se nacházel v 1. fázi léčby. Jak už bylo výše v textu zmíněno, klientův nástup do terapeutické komunity ovlivnily přítomné příznaky toxické psychózy. Klientovu léčbu zároveň ztěžují příznaky poruchy pozornosti a impulzivity, které mu působí problémy ve zvládnání chodu terapeutické komunity. Proto se v léčbě necítí úplně dobře, dalším důvodem je také to, že v léčbě i v této terapeutické komunitě je už potřetí, a díky tomu ví, jak to v léčbě chodí a domnívá se, že už nemůže z léčby získat nové poznatky a že jeho chování se stejně nezmění, že už je prostě takový, jaký je. Odezněním toxické psychózy jeho motivace k léčbě klesá.

S klientem proveden rozhovor pomocí polostrukturovaného interview zjišťující anamnézu a podrobnosti o přítomnosti symptomů ADHD a jeho projevech. Dále vedena rozvaha na základě výsledků interview DIVA 2.0.

Dle klasifikace MKN-10 lze anamnesticky rozhodnout o přítomnosti diagnózy F19.2, tedy Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek – syndrom závislosti. Dle klasifikace MKN-10 (2008) je diagnóza F19 používána v případě, že je známo užití dvou nebo více psychoaktivních látek, přitom není možno rozhodnout, která z užitých látek se na poruše podílela nejvíce. Další použití této položky nastává tehdy, pokud je identifikace jedné nebo všech užívaných psychoaktivních látek nejistá či neznámá. Závislí, kteří užívají více látek naráz, často sami nevědí, co zrovna berou. V klientově případě, díky dlouhodobému užívání, které trvalo bez přestání čtyři roky, se jedná o syndrom závislosti na návykových látkách, a to na pervitinu a alkoholu. V předešlé době užívání

pouze návykové látky pervitinu, z tohoto důvodu vyloučena diagnóza F15.2, tedy Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu. Klient splňuje kritéria syndromu závislosti, je u něj přítomna silná touha užít návykovou látku (craving). Má potíže s kontrolou při užívání (vysoké dávky, četnost dávek). Odvykací stavy jsou velmi silné, klient popisuje také fyzickou závislost, která se právě při odvykacím stavu objevila, měl projevy jako je průjem, zimnice, pocení, bolestivé stavy. Klientovo zaujetí k užívání je tak velké, že zanedbává své zájmy, drogám věnuje veškerý čas. Drogy užívá i navzdory tomu, že trpí chronickou hepatitidou C, což škodí jeho zdraví.

Dále přítomnost symptomů ADHD, neboli poruchy pozornosti s hyperaktivitou, které byly s pomocí screeningu potvrzeny.

9.7 Další vývoj

V době návštěvy terapeutické komunity a realizovaného interview s klientem byla jeho situace v zařízení složitá. Byla mu udělena podmínka pro opakované problémy s kázní a pravidly. Záhy po uskutečněném vyšetření klient vypadává z léčby. Toto vypadnutí z léčby z velké míry zapříčinily symptomy ADHD, jehož příznaky způsobovaly klientovi problémy s impulzivitou, vyvolával často konflikty mezi klienty, neustálé hádky, byl agresivní.

10 VÝSLEDKY

Výsledky byly získané pomocí dotazníku Diagnostické interview o ADHD u dospělých (DIVA) v němž jsme se zaměřili na různé oblasti života.

10.1 Vzdělání/zaměstnání

V období dětství se u dětí s ADHD projevuje nejvíce hyperaktivita a impulzivita, avšak nejzávažnější bývá porucha pozornosti, která jim ve škole působí problémy s prospěchem a následně i narušuje vztahy se spolužáky. Dle Cahové et al. (2010) je nejméně nápadným příznakem porucha pozornosti, děti při výuce selhávají, mají problémy plnit své pracovní úkoly, zapomínají pomůcky, jsou roztržité a nesoustředí se na výuku. Tyto děti nejsou často zlobivé, vyučující je popisují jako zakřiknuté děti, věčně zasněné, pomalejší a přemýšlející nad něčím jiným, než nad výukou.

K: „Nedával jsem při hodině pozor, koukal jsem radši ven z okna, učitelku jsem ani neposlouchal, nebo jsem nestíhal nějaký diktáty, nebo si psát do sešitu. O přestávkách jsem byl hodnej, neměl jsem žádnéj průšvih, snad jen jednou ředitelskou důtku.“

Klientovi v dětství doporučena návštěva PPP pro nezvládání učiva a školních povinností celkově. Zde mu byla diagnostikována dyslexie a dysgrafie, o možnosti poruchy pozornosti nikdo neuvažoval vzhledem k tomu, že vše připisovali těmto dvěma poruchám a s nimi spojeným problémům.

K: „Rodiče si se mnou nevěděli rady. Nebavilo mě to, učil jsem se špatně, rodiče mi to museli vždycky číst, abych vůbec pochopil, co po mě v tom úkolu chtěj. Celkově jsem měl problém dělat úkoly, ještě častěj jsem je zapomínal.“

Po diagnostice poruch učení se rodiče začali klientovi více věnovat, začali se s ním učit a plnit všechny domácí úkoly. Studijní výsledky nebyly zlepšeny ve velké míře, ale alespoň bylo docíleno toho, že postupoval do dalších tříd. Po dokončení devítileté povinné docházky nastoupil na odborné učiliště, kde se jeho prospěch nezlepšil, díky záškoláctví už neřešil, že mu ve škole něco nejde, školu ukončil s velkými obtížemi.

Z dotazníku DIVA 2.0, který byl s klientem vyplněn při nástupu do terapeutické komunity, vyplývá, že v dětství byla přítomna porucha pozornosti. Naopak hyperaktivita / impulzivita nebyla ve větší míře přítomna.

Přehled projevů poruchy pozornosti v dětství v oblasti vzdělání s pomocí dotazníku DIVA 2.0

- Dělal jsem chyby, protože jsem si pozorně nepřečetl otázky.
- Okolí komentovalo mou nepozornou práci.
- Nekontroloval jsem si po sobě vypracované domácí úkoly.
- Měl jsem problémy udržet pozornost u školních úkolů.
- Rychle jsem se nechal rozptýlit.
- Měl jsem problémy soustředit se.
- Nevěděl jsem, co rodiče/učitelé řekli.
- Býval jsem zasněný nebo duchem nepřítomný.
- Začal jsem poslouchat až při očním kontaktu nebo zvýšení hlasu.
- Nedodělal jsem věci do konce.
- Nedodělal jsem domácí úkoly nebo jsem je neodevzdal.
- Potřeboval jsem řád, abych mohl úkoly dokončit.
- Měl jsem problémy být včas připraven.
- Vyhýbal jsem se domácím úkolům nebo jsem k nim měl odpor.
- Přečetl jsem málo knih nebo jsem vůbec neměl chuť číst, protože to vyžadovalo duševní úsilí.
- Vyhýbal jsem se úkolům, které vyžadovaly velké soustředění.
- Měl jsem odpor k předmětům, které vyžadovaly velké soustředění.
- Nudné nebo náročné úkoly jsem často odkládal.
- Ztrácel jsem diáře, pera, úbory na tělocvik a další věci.
- Ztrácel jsem oblečení, hračky nebo domácí úkoly.
- Rodiče/Učitelé komentovali mé ztracení věcí.
- Při vyučování jsem se často díval z okna.
- Zvuky a okolní dění rychle odvedly mou pozornost.
- Měl jsem problém znovu zaměřit svou rozptýlenou pozornost.
- Věci mi musely být často připomínány.
- Zapomínal jsem si do školy brát pomůcky.

V období dospělosti způsobuje ADHD lidem, kteří jím trpí, problémy v profesním životě. Zaměstnání si často neudrží z důvodu častého neplnění zadaných úkolů, pozdního odevzdání a celkově špatné organizaci práce. Častěji obsazují nižší posty v zaměstnání (Hallowell & Ratey, 2007).

Po klientově ukončení odborného učiliště nastupuje do zaměstnání na výrobu plastových oken, v této době už začíná intravenózně užívat pervitin. V zaměstnání pracuje necelý půl rok, poté je kvůli nespolehlivosti způsobené intenzivním užíváním návykových látek propuštěn.

K: „Byl jsem chvíli v práci, to jsem nevydržel v té práci. Nevydržel jsem to dlouho, jsem byl pak nespolehlivej, to sem bral ty drogy, jsem tam pospával. Pak už sem tam vůbec nechodil.“

Během užívání návykových látek klient díky jejich účinku nepozoroval a nevnímal, zda má nějaké potíže s pozorností. S užíváním návykových látek potíže, které měl s pozorností při studiu na základní škole a učilišti, odeznívají. Klient začíná být soustředěný, rychlý a plný energie. Návyková látka pro něj byla formou sebemedikace, která zakryla příznaky poruchy pozornosti.

Další pracovní pozice přichází až po první absolvované léčbě. V té době je klientem doléčovacího programu, který ho podporuje v hledání bydlení a zaměstnání, zároveň se snaží o udržení abstinence. Nachází zaměstnání v továrně na výrobu hliníkových konstrukcí. V této době už začíná mít problémy s pozorností, ale také impulzivitou. Začalo se to projevovat už v průběhu léčby, kdy ho ostatní při sezeních napomínali, že nedává pozor, když se ho někdo na něco zeptá, odpoví až po době nebo vůbec neví, na co se ho ptali. Měl problém vydržet sedět na místě během sezení. Podobné projevy měl také v zaměstnání, často se nemohl soustředit, dělal chyby z roztržitosti.

K: „Vždycky jsem to nemohl vydržet na pauzu, už jsem věděl, že se blíží, že si dám cigo, že si konečně dám chvíli voraz a vždycky jsem těsně před pauzou něco podělal, takže jsem musel jít za šéfem a řešit to. Tak jsem nakonec z pauzy neměl nic.“

S opětovným užíváním návykových látek o tuto práci přichází z důvodu neplnění pracovních úkolů a častému zpožděnému příchodu nebo nedostavení se vůbec.

Během užívání nemá potřebu si hledat zaměstnání. Až s dokončením druhé léčby v terapeutické komunitě si nachází práci, tu získal díky známému svých rodičů, který tuto firmu na betonování vlastní. Toto zaměstnání bylo rozdílné v tom, že si zařídil živnost v tomto oboru a stal se OSVČ. S touto změnou také přicházejí jiné pracovní povinnosti, klient se musel začít starat o administrativní úkony, které byly s touto prací spojené.

K: „Něco mi řekli, já jsem to zapomněl. Promíjeli mi to, protože mě měli rádi, hodně jsem makal. Musel jsem dělat papíry, jako že faktury a takový věci, vůbec mě to nebavilo, nechával jsem to na poslední chvíli a pak jsem to vždycky nedal šéfovi včas. Dělal jsem v tom pořád chyby. Potom mi to dělala mamka, ale nebyl jsem schopnej jí k tomu přinést ani věci, co potřebovala. Když jsem zase začal brát, tak jsem dostal prachy a tejdén mě nikdo neviděl.“

Přehled projevů ADHD v dospělosti v oblasti zaměstnání s pomocí dotazníku DIVA 2.0

- Mám problémy dokončovat administrativní úkoly.
- Potřebuji mít stanovené termíny, abych úkoly dokončil.
- Doma a/nebo na pracovišti mám nepořádek.
- Nudné nebo náročné úkoly často odkládám.
- Vyhýbám se monotónní práci, jako je administrativa.
- Vyhýbám se úkolům, které vyžadují velké soustředění.
- Ztrácím pracovní papíry.
- Zapomínám na dohodnuté schůzky nebo jiné povinnosti.
- Jsem netrpělivý.

10.2 Vztahy a/nebo rodina

V období dětství nebyly problémy v rodině značné. Velkým zásahem byl rozvod rodičů, který do jisté míry ovlivnil budoucí klientův vztah s biologickým otcem. Otcovo místo zastoupil přítel matky, kterého klient považoval za svého vlastního otce. Názor

otčíma a matky klienta se rozcházel při řešení jeho problémů s učením, otčím byl toho názoru, že všechno se musí vydržet a nepřipouštěl možnost nějaké poruchy učení. Tento názor zastával i při zjištění klientovy závislosti, stále tvrdil, že pokud by chtěl, může s braním drog přestat. Proto se s otčím odloučili. Matka stále synovi dávala další příležitosti k nápravě.

K: „Do 17- ti jsem bydlel u rodičů, potom mě vyhodili, pak jsem se vrátil a zase mě vyhodili, protože jsem doma kradl peníze na drogy. To jestli se vrátím, záviselo na nevlastním tátovi, on mi vždycky zavolal, máma ho musela přemlouvat, ať mi zavolá, pak už jsem se jednou nevrátil a šel jsem bydlet k vlastnímu tátovi na chatu. Táta začal brát drogy se mnou.“

Přehled projevů ADHD v dětství v oblasti rodiny a/nebo vztahů s pomocí dotazníku DIVA 2.0

- Často jsem byl/a trestán(a)/bit(a).
- Potřeboval(a) jsem, aby mi rodiče stanovovali řád déle, než je běžné.

V období dospělosti byly vztahy v rodině již ovlivněny klientovým užíváním návykových látek. Klientův nevlastní otec zastává názor, že závislost není nemoc a je to jen na člověku, jestli je dost silný, aby to zvládl. Ale i přes tento názor klienta podporuje a je ochoten mu po léčbě pomoci vše zvládnout. Matka i přesto, že se v synovi mnohokrát zklamala, ho podporuje. Jeho závislost a to, že musí chtít on sám přestat, pochopila. Sám klient si je vědom, že vztah s vlastním otcem už nelze spravit, jelikož otec si svou závislost na drogách nepřipouští a klientovi by mohl akorát ublížit.

K: „Mamka ta prostě se mi snaží pomoci, ta je ráda, když ted' nefetuju, když neblbnu, ta je ráda, že jsem tady. Mamka ta je přehodnělá, ta je taková moc, moc prostě, až moc na mě fixovaná, až moc, až mě to někdy otravuje. Mamka mě má tak ráda, já jí řeknu, že mám ted' špatný období a úplně vidím ten její výraz, jak je úplně nešťastná.“

Klient měl pouze pár vztahů, pouze ten první byl z části bez přítomnosti drog. Po počátečním poznávání začaly mezi partnery neustálé rozpory, hádky začínali kvůli drobnostem. Postupně se stupňovaly. Klient tyto hádky impulzivně začínal, často docházelo k rychlému usmíření. Dále zapůsobila ve vztahu i klientova přehnaná

žárlivost, partnerce nenechával žádné soukromí a podezíral jí z nevěry. Poté začal klient užívat návykové látky a tyto problémy se začaly o to více prohlubovat.

K: „Nevím, prostě jsem vždycky hrozně vybuchl, nevím, třeba když přišla dýl odněkud a chtěla mi říct proč, tak jsem ani nevydržel, než mi něco řekne a začal jsem na ní rvát. Pak už jsme se hádali kvůli každý kravině.“

Další vztahy měl klient už pouze na drogách a nebral je příliš vážně, spíše že jeden druhému sloužili k uspokojení. Takové dívky nazýval „děvkami“.

Přehled projevů ADHD v dospělosti v oblasti vztahy a/nebo rodina s pomocí dotazníku DIVA 2.0

- Impulzivně začínám/ukončuji vztahy.
- Symptomy nemoci jsou příčinou nerovnocenného vztahu s partnerem.
- Objevují se vztahové problémy, mnoho hádek, nedostatek intimity.
- Symptomy způsobují problémy se sexualitou.
- Mám problémy s péčí o domácnost a/nebo s administrativou.
- Mám finanční problémy/problémy s hazardem.

10.3 Sociální kontakty

V období dětství během docházky na základní škole nemá žádné vztahové problémy, do deváté třídy se přátelí s jedním kamarádem, nepatří do žádné party. Jeví se jako nenápadný, nekonfliktní a tichý chlapec.

K: „Ostatní mě brali jako hloupého člověka, nebo nevím. Připadal jsem si, že mezi ně nezapadám. Až na konci devítky se se mnou ostatní začali bavit. Začal jsem s nima chodit ven, hráli jsme fotbal. Ale radši jsem byl doma a hrál hry na compu se svým kamarádem.“

Zásadní změna nastala při přechodu ze základní školy na učiliště. Jak už pro něj bylo běžné, ve skupině si vybírá pouze jednoho kamaráda, kterého se drží. Ten ho později přivádí do party jiných chlapců, s kterými se začne přátelit.

K: „Na učnáku jsem začal fetovat, myslím, že to bylo tím prostředím, to je v krásnáku a to je nejvyhlášenější škola, co se týče drog a tady toho. Za

mnou seděli prostě dva lidi, který kouřili trávu a to, prostě nám s kámošem nabídli, tak jsem neváhal a dal si s nima. “

Přehled projevů ADHD v dětství v oblasti sociální kontakty s pomocí dotazníku

DIVA 2.0

- Důsledkem komunikačních problémů vznikaly konflikty.
- Měl(a) jsem problémy navázat společenské kontakty.
- Měl(a) jsem málo kamarádů/kamarádek.
- Ostatní mě odstrkovali/nesměl(a) jsem dělat věci společně s ostatními.

V období dospělosti, co se týče sociálních kontaktů, tak jako většina závislých na návykových látkách má klient přátele a známé pouze mezi ostatními uživateli, a to z důvodu časného užívání návykových látek. Současné sociální kontakty v terapeutické komunitě jsou vzhledem k jeho chování složité, s lidmi nevychází a při snaze nějaké domluvy ze strany ostatních obyvatel dochází ke konfliktům. Hlavním příčinou těchto konfliktů je klientova impulzivita, která vyvolává mnoho sporů.

K: „Jak na mě někdo zvýší hlas nebo to, já jsem prostě impulzivní a jdu. Nejradši bych mu dal ránu, ale jediný co mě brzdí, že jsem tady a že nemůžu, jinak by mě vyhodili. “

Náladovost, která je přítomna u klienta velmi často, ovlivňuje jeho impulzivitu. Velkým problémem v jeho chování k ostatním klientům je nerespektování autorit.

K: „Pohádal jsem se, nemám autority prostě, když je tady někdo šéf domu nebo šéf dílny, prostě je mladší nebo prostě je to stejnej člověk jako já, tak prostě k němu nemám autoritu, neberu ho no. A prostě stačí, když na mě zvýší hlas nebo to a já jsem prostě impulzivní a ještě když je to chlap, když jsou to ženský, tak s nima nemám problém. “

Klient se snaží zapracovat na ovládnání své impulzivity a hlavně na zvládnání agresivity, která je s tím spojena. Je si vědom, že díky tomuto chování není schopen si udržet nějaké sociální kontakty.

Přehled projevů ADHD v dospělosti v oblasti sociální kontakty s pomocí dotazníku DIVA 2.0

- Mám problémy udržovat sociální kontakty.
- Důsledkem komunikačních problémů vznikají konflikty.
- Mám problémy navázat společenské kontakty.

10.4 Volný čas / koníčky

V období dětství vystřídáno velké množství zájmových kroužků, na které byl klient zapsán z vůle rodičů. Jejich ukončení inicioval klient z důvodu nezájmu o tyto volnočasové aktivity. Dával přednost času strávenému s kamarádem, kterého měl od dětství, trávil s ním čas ve škole, ale také po zbytek dne. Nejčastější činností byly počítačové hry, které hráli v klientově domově.

K: „Naši mě přihlásili na hromadu kroužků, chodil jsem na karate asi rok, pak jsem hrál fotbal, florbal, nevím, bylo tam na mě hodně lidí, nebavilo mě to. Nejradši jsem jezdil někam na počítač a seděli jsme s kámošem celej den u kompu. Až na konci tý devítky jsem začal chodit s kamošema ven, hráli jsme fotbal.“

Co se pro některé zdá odpočinkem, jako je například četba knížek a sledování filmů, pro klienta to byla činnost za trest, udává, že mu dělalo problém se na knížku soustředit a když nějakou knihu začal číst, nikdy ji nedočetl do konce.

Přehled projevů ADHD v dětství v oblasti volný čas / koníčky s pomocí dotazníku DIVA 2.0

- Musel(a) jsem nadměrně sportovat, abych si mohl(a) odpočinout.
- Nebyl(a) jsem schopný(á) dočíst knížku nebo se dodívat na film.

V období dospělosti klient nebyl zvyklý trávit volný čas jinak, než užíváním návykové látky, jelikož začal s užíváním už v době dospívání, volný čas mu zaplnilo užívání drog a činnosti s tím spojené. Pozdější abstinencí od drog se klientovi otevírá řada možností, jak naložit s volným časem. Při léčbě v terapeutické komunitě se musí účastnit řady programů, do té patří i volný čas a koníčky, které jsou zahrnuty v celodenním programu. Klient se nejraději účastní sportovních akcí, kde dokáže vybit

svou energii, často až do úplného vyčerpání sil. Naopak si nedokáže užít volný čas strávený odpočinkem, četbou knížek nebo sledováním filmů.

K: „*Jsem dobrej na sport, na to se dokážu soustředit. Baví mě posilovna, to když jsem byl po doléčováku, tak jsem začal hodně posilovat, abych zase vypadal jako člověk. Hokej by mě asi bavil taky.*“

Přehled projevů ADHD v dospělosti v oblasti volný čas / koníčky s pomocí dotazníku DIVA 2.0

- Ve volném čase si neumím odpočinout.
- Musím nadměrně sportovat, abych si mohl(a) odpočinout.
- Nejsem schopný(á) dočíst knížku nebo se dodívat na film.
- Jsem v neustálém záprahu, a proto bývám přetážený(á).
- Přejídám se.

10.5 Sebedůvěra / obraz sebe sama

Vzhledem ke klientovým problémům s pozorností v dětství, jeho dyslexií a dysgrafií, které se začaly ve škole řešit mezi učiteli, spolužáky, rodiči a dalšími pracovníky, si klient připadal méněcenný, jiný než ostatní spolužáci. Z toho vyplývalo jeho nízké sebevědomí, a proto se raději držel jednoho kamaráda. Při problémech s učením a pozorností se mu řada spolužáků posmívala, proto se raději ostatním spolužákům stranil, aby se vyhnul dalšímu posměchu.

K: „*Já sem měl vždycky jenom jednoho kamaráda, na základce třeba, nebo dva, víc ne, měl jsem partu potom, ale to až potom, na konci základky, na učňáku. Myslím, že ostatní mě brali jako hloupýho člověka, nebo prostě, já jsem si tak připadal, že si to o mně myslej.*“

Nízká sebedůvěra zapříčinila problémy s navazováním kontaktů a jejich udržení. Užíváním návykových látek došlo k odbourání hranic a k postupnému získávání sebedůvěry tím, že dělá něco neobvyklého, že se s ním chtějí ostatní přátelit.

K: „Nevím, najednou jsem se s každým bavit. Chodili jsme za školu a seděli jen tak na kopci a kecali. Nebál jsem se oslovovat holky, to bych nikdy dřív nedokázal. Všichni mě prostě brali.“

Přehled projevů ADHD v dětství v oblasti sebedůvěry / obraz sebe sama s pomocí dotazníku DIVA 2.0

- Negativní poznámky ostatních měly na svědomí mé nízké sebevědomí.
- Sám /sama sebe jsem vnímal(a) negativně, protože jsem měla zkušenosti se svým osobním selháním.
- Kritiku jsem si bral(a) příliš k srdci.

V období dospělosti klientovo sebevědomí, které bylo na výši se začátkem užívání drog, s následnou abstinencí utrpělo mnoho ran. Klient se vůči lidem z bezdrogového prostředí cítí slabě, musí si najít zpět cestu k vlastní sebedůvěře. Naopak jak klient uvádí, mezi ostatními klienty v léčbě se cítí sebevědomě, dává jim to dost důrazně najevo a to hlavně při konfliktech. Nejen od lidí z drogového prostředí, ale také od vedení terapeutické komunity těžko snáší kritiku, kterou neumí přijímat a zpracovat.

Přehled projevů ADHD v dospělosti v oblasti sebedůvěry / obraz sebe sama s pomocí dotazníku DIVA 2.0

- Negativní poznámky ostatních mají na svědomí mé nízké sebevědomí.
- Kritiku si беру příliš k srdci.
- Symptomy ADHD mají na svědomí mou ponurou náladu.

11 SOUHRN PŘÍPADU

U mnoha závislých klientů mají na vzniku závislosti podíl rodinné faktory (Kalina et al., 2008). Předpokládáme, že v tomto případě to nebyly rodinné faktory, jež by ovlivnily vznik klientovy závislosti, i když klient vyrůstal od raného dětství bez svého biologického otce, rodina byla doplněna o partnera matky, který roli otce bezpochyby zastal. Funkčnost rodiny byla zachována.

Vlastní otec svou roli ztratil při odchodu od rodiny. V dospívání neměl téměř žádný zájem o jeho výchovu, jeho potřeby a také celkově o jeho problémy ve škole. Opakem postoje jeho vlastního otce je partner matky, který ho bral jako svého vlastního syna a podle toho se i choval, zajímal se o veškeré jeho studijní problémy a poté i o problémy s užíváním návykových látek. Klient svému biologickému otci jeho postoj k němu nijak nevyčítá a ani se tím nezabývá, což zapříčinilo dobré fungování rodiny i bez přítomnosti biologického otce.

U vlastního otce předpokládaná přítomnost závislosti díky jeho nekontrolovatelnému užívání návykové látky, nemožnosti přestat užívat, zanedbávání všeho důležitého a nepřiznání si svého problému. Dle Kaliny et al. (2008) syndrom závislosti zapříčiňuje to, že u daného jedince má přednost užívání návykové látky, než jednání, kterého si cenil před užíváním více. Toto všechno naznačuje genetické predispozice, které vlastní otec mohl předat svému synovi. Pozastavila bych se také nad zvláštním jednáním otce, který při narození potomka nadměrně užívá alkohol, což vede k rozpadu rodiny. Poté se o svého syna nijak zvláště nezajímá, nezapojuje se do jeho výchovy. Udrží si práci, kterou si musel jako podnikatel sám vybudovat. Zvláštním krokem je poté začátek užívání návykové látky s vlastním synem, který vede ke krachu firmy. Vysvětlením tohoto zvláštního chování v průběhu jeho života můžeme uvažovat o možnosti výskytu symptomů ADHD, jež však nebylo diagnostikováno.

U klienta byly v dětství zaznamenány problémy se zvládáním učiva, po prozkoumání pedagogicko-psychologickou poradnou diagnostikována dyslexie a dysgrafie. V dětství zpozorovány příznaky poruchy pozornosti, které však nebyly diagnostikovány, u klienta nebyla přítomna hyperaktivita. Při přechodu na odborné učiliště dochází k experimentování s drogami a následnému škodlivému užívání. Dle Hallowella a Rateyho (2007) je pravděpodobná spojitost mezi ADHD a s ním spojeného užívání drogy. Dochází k tomu, že jedinec nechápe svůj stav, problémy s pozorností,

nedostatečné soustředění na činnost a vyhledává něco, co by mu tento stav pomohlo zklidnit. Je to takzvaná forma „sebemedikace“.

Po ukončení odborného vzdělání klient nastoupil do zaměstnání, v té době užíval návykové látky, ty byly důsledkem nezvládnutí této činnosti. V zaměstnáních, kde pracoval po dokončených nebo přerušených léčbách, začal mít problémy s pozorností. Díky těmto problémům se nedokázal na práci soustředit, často dělal chyby z nepozornosti, byl nedochvilný, neodevzdával včas podklady. Za tyto problémy byl často napomínán a všimly si jich i spolupracovníci. Vedlo to k návratu užívání návykové látky a následnému ukončení pracovní činnosti.

Klientovy pokusy přestat užívat návykové látky byly opakovaně neúspěšné, první léčbu klient dokončil, ale v dalších léčbách už se vyskytly zvyšující se problémy s kázní, s poruchou pozornosti, s plněním pravidel terapeutické komunity, vyvolával konflikty, byl agresivní. Tyto problémy mívají klienti trpící ADHD, kteří jsou zároveň závislí na návykových látkách, konkrétně se jedná o problémy zvládání afektů a emocí, nižší míru frustrační tolerance, impulzivní a agresivní jednání, potíže se zvládáním stresu, tlaku a zátěže. Dochází k negativnímu působení na mezilidské vztahy, komunikační schopnosti a postup při řešení konfliktů (Čablová et al., 2015).

V době získání interview klient absolvoval léčbu v terapeutické komunitě, kde se nacházel v 1. fázi léčby. Jeho aktuální situace v léčbě byla složitá díky udělené podmínce. Byla mu udělena na základě porušení řádu terapeutické komunity za neustále vyvolávané konflikty. Později se dovídáme, že klient vypadl opětovně z léčby.

12 DISKUZE

Tématem práce bylo podrobné zjištění o problematice ADHD u dospělého jedince trpícího symptomy ADHD, jakými potížemi kvůli symptomům ADHD jedinec trpí od dětství až dospělosti. Dále jsme se zabývali problémy spojenými s užíváním návykových látek, a jaké důsledky může mít tato kombinace onemocnění v léčebném zařízení. V České republice najdeme o tématu ADHD dostatečné množství literatury, avšak ve spojitosti s užíváním návykových látek a problematikou spojenou s častým vypadnutím z léčby, je toto téma méně prozkoumané.

Na otázku, zda mají vyskytující se symptomy ADHD u daného klienta souvislost s užíváním návykových látek v adolescenci, se pokusíme v následující části odpovědět. Dle Skirrow, McLoughlin, Kuntsi a Asherson (2009) mohou vyskytující se symptomy ADHD předpovídat užívání návykových látek v dospívání a dospělosti, z důvodu toho, že jsou spojovány s úzkostmi, depresemi, emoční labilitou, poruchami chování atd. (in Čablová et al., 2015). Problémy, které klientovi způsobovala porucha pozornosti, dyslexie a dysgrafie, vedly k tomu, že klient byl středem pozornosti ostatních. Klient si už v dětském věku uvědomoval, že je jiný než ostatní spolužáci. Nedovedl se soustředit při hodině, často nedával pozor, vyučující ho museli na nepozornost často upozorňovat, nenosil domácí úkoly a toto všechno ostatní žáci vnímali. Z tohoto důvodu se klient stranil okolí a přátelil se pouze s jedním kamarádem. Užíváním návykových látek v dospívání docílil úlevy od tísně, kterou mu způsobovala porucha pozornosti a s ním spojený sociální tlak ze strany spolužáků. Jak klient uvedl, cítil se lépe z důvodu toho, že se mu zvýšilo sebevědomí a nepozoroval už příznaky poruchy pozornosti.

Druhá otázka zní, mají vyskytující se symptomy ADHD u daného klienta souvislost s užíváním návykových látek v dospělosti? Klienti trpící symptomy ADHD přicházejí do styku s návykovou látkou v dřívějším věku než ostatní uživatelé, z tohoto důvodu se také stávají závislými už v průběhu dospívání, protože je u nich vznik nástupu závislosti rychlejší (Kaye et al., 2013; Sullivan Rudnik-Levin, 2001 in Čablová et al., 2015). Proto si svou závislost přenášejí do dospělosti. U těchto klientů také dochází k dlouhodobému užívání, vznikají komplikace při snaze o vyléčení, mají problém zvládat režim léčby, při léčbě časté konflikty s okolím, dochází k častějšímu vypadnutí z léčby.

Třetí otázka, jaké problémy způsobily danému klientovi symptomy ADHD v dětství, v dospívání a následně v dospělosti v souvislosti s užíváním návykových látek? U klienta v dětství přítomny příznaky poruchy pozornosti, která však nebyla diagnostikována. Spolu s dyslexií a dysgrafií, kterou trpěl, mu tyto poruchy způsobily problémy se zvládáním učiva, klient měl problémy udržet soustředěnost, zapomínal domácí úkoly. V případě klienta docházelo k tomu, že nebyl v kolektivu nijak moc oblíbený, raději se spolužákům stranil a kamarádil se pouze s jedním kamarádem, kterému důvěřoval. V důsledku těchto problémů je dítě kritizováno, dochází ke konfliktům v komunikaci a interpersonálních vztazích. Tohle všechno má špatný dopad na formující se osobnost dítěte, které se může projevovat utvářením negativního sebepojetí, nízkým sebevědomím a sebehodnotou, pak dochází k problémům přijetí sebe sama (Čablová et al., 2015). Problémem u dospívajícího jedince trpícího symptomy ADHD je vyšší možnost výskytu závislosti, jako tomu bylo u našeho klienta. U klienta s ADHD a přítomnou závislostí na návykových látkách pozorujeme problémy v osobním, profesním a sociálním životě. U klienta zaznamenáváme problémy v osobním životě, klient není schopný se vypořádat se svou závislostí, po úspěšném dokončení léčby by si rád našel přítelkyni, s kterou by trávil volný čas a která by zároveň nebyla závislá na návykových látkách. Rád by docílil urovnání vztahů ve své rodině. Problémy má také v profesním životě, nedokáže si udržet delší dobu udržet pracovní místo. Rád by dělal práci, která ho baví a chtěl by jí dělat dobře. Problémy v sociálním životě mu způsobují potíže konkrétně v terapeutické komunitě, kde nedovede s ostatními klienty vycházet, sebemenší problém řeší konfliktem a následnou agresí.

Čtvrtá otázka zní, jaké jsou projevy chování daného klienta v průběhu léčby v terapeutické komunitě a jaký může mít výskyt symptomů ADHD vliv na zvládání režimové léčby? Klient působí ve svém chování sebejistě, rád je středem pozornosti. Domnívá se, že je vůdčí typ a snaží se toho v léčbě docílit. Při konfliktu s jiným klientem neuznává jeho aktuální vyšší postavení v komunitě, příkladem je funkce šéfa domu a je schopný neuposlechnout jeho rozkazu. Jedná impulzivně, z malého sporu dokáže vyvolat konflikt, při kterém se objevují i známky agresivity. Problém mu dělá i zvládání režimu, nedokáže udržet pozornost na sezeních, často není schopen při oslovení zareagovat, neví totiž, na co se ho kdo ptal. Všechny tyto problémy jsou způsobeny předpokládaným výskytem symptomů ADHD, který komplikuje zvládání komplexní léčby. Klient tím, že přichází často do konfliktu s ostatními klienty, ale i se

zaměstnanci komunity, kvůli častému neplnění povinností, porušuje pravidla komunity a je pak vyloučen, nebo tuto léčbu vzdá, jelikož mu nepřijde nijak prospěšná.

Interview s klientem trvalo bezmála hodinu a půl, za tuto dobu jsem musela klientovi dvakrát poskytnout pauzu, jelikož už nezvládal odpovídat na otázky. Jeho pozornost klesla už po 10 minutách rozhovoru, otázky jsem mu musela stále opakovat a lépe specifikovat. Už po chvíli kladení otázek posoudil, že se ho ptáme pořád na ty samé otázky, tím minil psychologické vyšetření osobnosti s cílem diferenciální diagnostiky poruch osobnosti a ADHD, které bylo provedeno v časovém odstupu - asi měsíc. Práce s tímto klientem byla náročná, vzhledem k jeho špatné pozornosti a orientaci, díky níž nebylo možno získat více informací týkajících se ADHD a užívání návykových látek, jež jsem si původně naplánovala. Při možnosti dalšího rozhovoru, bych do budoucna volila jiné pořadí získávání informací, nebo bych volila více schůzek, ve kterých by bylo možné tyto okruhy rozdělit.

Na závěr bychom chtěli upozornit na náročnost a možnou nepředvídatelnost při kvalitativních výzkumech. Při postupu výběru klienta jsme navštívili terapeutickou komunitu, kde jsme sesbírali potřebné informace o klientovi, podmínkou pro nás byla přítomnost symptomů ADHD, které u prvního klienta nebyly přítomné. Při druhém výběru klienta jsme měli potvrzená data o přítomnosti symptomů ADHD, následně přišla informace, že klient dostal podmínku pro porušení pravidel komunity a předpokladem bylo jeho následné vyloučení z komunity. Avšak i za těchto špatných podmínek se interview s klientem podařilo získat. Zanedlouho po našem setkání došlo u klienta k vypadnutí z léčby.

ZÁVĚR

Teoretická část práce shrnuje poznatky v oblasti problematiky ADHD, které poukazují na jeho čím dál tím vyšší výskyt u dospělých, na problémy s diagnostikou, jejichž možnosti v práci rozebereme. Dále na potíže, které mohou ADHD doprovázet, a to hlavně užívání návykových látek. Dochází ke komplikacím při snaze o uzdravení, klienti často vypadávají z léčebných zařízení díky symptomům ADHD.

V praktické části jsme pomocí kasuistiky klienta, u něhož byly přítomné symptomy ADHD a zároveň u něj byla diagnostikována závislost na návykových látkách, poukázali na problémy, které může ADHD způsobit a tím dokáže ovlivnit vyléčení ze závislosti na návykových látkách.

Výsledkem této práce můžeme potvrdit souvislost mezi výskytem symptomů ADHD v dětství a užíváním návykových látek v dospívání a dospělosti. Jedinci, jenž trpí příznaky této poruchy, mají velmi komplikovaný průběh dospívání, sami si sebou nejsou jistí a to vede k tomu, že si hledají jistotu v návykových látkách, které jim pomáhají utlumit neustávající problémy, způsobené touto poruchou a hledají v nich uspokojení, které vede k vyrovnanějšímu vnímání a tím vyššímu sebevědomí.

Dále došlo k vyzdvižení problémů, které ADHD způsobuje, a to i v souvislosti s užíváním návykových látek. Došlo k propojení teorie a praxe na našem klientovi, kde potvrzujeme problémy v osobním, profesním i sociálním životě. Tak jak tomu je u této poruchy předpokladem.

Neopomenuli jsme ani popis klientova chování v léčbě, které je často úskalím zvládnutí dokončení léčebného procesu. Závislý klient trpící příznaky ADHD v léčbě to nemá lehké, ale to ani jeho okolí. Dochází k nezvládnutí léčebného programu, klient má problémy s impulzivitou, která často vede ke konfliktům, které končí agresivitou klienta vůči ostatním.

Téma ADHD, které jsme se snažili v této práci rozpracovat je velmi složité. Dochází k propojení mnoha faktorů, nejdůležitější je včasná diagnostika ADHD, a to nejlépe v dětství, aby se zabránilo možnému rozvinutí dalších poruch, které jsou s ADHD spojené. Ale také v dospělosti, při zjištění závislosti na návykových látkách, aby byla těmto klientům poskytnuta potřebná péče v léčebných zařízeních a nedocházelo k předběžnému vypadnutí z léčby a tím způsobenému prohlubování závislosti.

POUŽITÁ LITERATURA

ADLER, L. (2006). *Scattered Minds : Hope and Help for Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: A Peeridge Book.

ARRIA, A., GARNIER-DYKSTRA, L., ERIC, D. (2011, July). Persistent nonmedical use of prescription stimulants among college students: possible association with ADHD symptoms. *Journal of attention disorders* 15(5), 347-356, doi: 10.1177/1087054710367621

BARKLEY, R. A. (1995). *Taking Charge of ADHD. The Complete Authoritative Guide for Parents*. New York: Guilford Press.

BARKLEY, R. A., FISCHER, M., SMALLISH, L., FLETCHER, K. (2002, May). *The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder*, 111(2): 279-89. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12003449>

BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V., KEENAN, K., KNEE, D. (1990): Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533

CAHOVÁ, P., PEJČOCHOVÁ, J., OŠLEJŠKOVÁ, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurológia pre prax*. 367-371. Retrieved from <http://www.solen.sk/pdf/274cff01feffdb90da0fe69f9264df1c.pdf>

CUMYN, L., FRENCH, L., HECHTMAN, L. (2009, October). *Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder*, 54(10): 673-83. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cumyn+et+al.+\(2009\)+ADHD](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cumyn+et+al.+(2009)+ADHD)

ČABLOVÁ, L., MIOVSKÝ, M., KALINA, K., ŠŤASTNÁ, L. (2015). *Význam diferenciální diagnostiky poruch osobnosti u pacientů s ADHD v léčbě závislostí*. Česká a slovenská Psychiatrie; 111(2): 233–243

ČERMÁKOVÁ, M., PAPEŽOVÁ, H., UHLÍKOVÁ, P. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD)-příručka pro dospělé*. Retrieved from http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/35/ADHD-ADD_dospeli_brozura.pdf

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. et al. (2007). *Hyperkinetická porucha/ADHD*. Praha: Galén.

EDEBOL, H., HELLDIN, L., NORLANDER, T. (2012). *Clinical practice and epidemiology in mental health*. Objective Measures of Behavior Manifestations in Adult **ADHD** and Differentiation from Participants with Bipolar II **Disorder**, Borderline **Personality Disorder**, Participants with Disconfirmed **ADHD** as Well as Normative Participants, 8: 134-43. doi: 10.2174/1745017901208010134

HALBESLEBEN, J. R. , WHEELER, A. R. , SHANINE, K. K. (2013, April). *The moderating role of **attention-deficit/hyperactivity disorder** in the work engagement-performance process*, 18(2): 132-43. doi: 10.1037/a0031978

HALLOWELL, E., RATEY, J. (2007). *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Vydání 1. Praha: Návrat domů

HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

HUNTLEY, Z. et al. (2012, December 6). Rates of undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder in London drug and alcohol detoxification units, 12:223, BMC Psychiatrie, doi: 10.1186/1471-244X-12-223

GOETZ, M. (2006). *ADHD u dospělých*. Retrieved from <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/adhd-u-dospelych-173266>

GOETZ, M., UHLÍKOVÁ, P. (2009). *ADHD: Porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Vydání 1. Praha: Galén

KALBAG, A. S. & LEVIN, F. R. (2005). *Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues*. Substance Use & Misuse, 40(13–14), 1955–1981.

KALINA, K. *Duální diagnózy – komplikace v léčbě a po léčbě. Referát: X. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci. 2006 květen 21 – 25; Měříň. Abstrakt: Adiktologie 2006; 6 Suppl: 262.*

KALINA, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s.

KALINA, K, VÁCHA, P. *Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment*. [Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby]. *Adiktologie* 2013; 13(2): 144-164.

KAYE, S., DARKE, S., TOROK, M. (2013, May). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among illicit psychostimulant users: a hidden disorder? 108(5), doi: 10.1111/add.12086

KIM JI-HAE, LEE EUN-HO, JOUNG JOO-SOOK (2013). *The WHO Adult ADHD Self – Report Scale: Reliability and Validity of the Korean Version*. Retrieved from <http://psychiatryinvestigation.org/html/fulltext.asp?no=0502013006&m=0>

KUCHARSKÁ, A. (2000). *Specifické poruchy a chování*. Praha: Portál.

LÁTALOVÁ, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s.

LENSINGA, M. B, ZEINER, P., SANDVIKA, L., OPJORDSMOENA, S. (2013, March 20). *Journal of attention disorders*. Quality of Life in Adults Aged 50+ With ADHD. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23514676>

MICK, E., BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V., et al (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, p. 378-385

MILLER, C. J., FLORY, J. D., MILLER, S. R., HARTY, S. C., NEWCORN, J. H., HALPERIN, J. M (2008, September). *Childhood attention-icit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study*, 69(9): 1477-84. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637402/>

MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M., KALINA, K. *Psychiatrická komorbidita*. In: Kalina K et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing; 2008: 75-83.

MIOVSKÝ, M., ČABLOVÁ, L., & KALINA, K. (2013). The effects of ADHD on particular psychological functions and life skills among clients undergoing addiction treatment in therapeutic communities. *Adiktologie*, 13(2), 130-143. Retrieved from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/697/4704/The-effects-of-ADHD-on-particular-psychological-functions-and-life-skills-among-clients-undergoing-addiction-treatment-in-therapeutic-communities>

MUNDEN, A., ARCELUS, J. (2008). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál

NOVÁKOVÁ, M. (1972). *Kapitoly z typovej klasifikácie dokumentov*. Bratislava: Slovenská technická knižnica.

PACLT, I. a kolektiv (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. a kolektiv (2012). *Psychiatrie*. Vydání 1. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum

SEMI, U. B. (2008, May). *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. **Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder**, 42(5): 405-13. doi: 10.1080/00048670801961099

SPERANZA, M., REVAH-LEVY, CORTESE, S., FALISSARD, B., PHAM-SCOTTEZ, CORCOS, M. (2011, September 30). *ADHD in adolescents with borderline personality disorder*, 11: 158. **BMC Psychiatry**, doi: 10.1186/1471-244X-11-158

WILENS, T. E., FUSILLO, S. (2007, October). *When ADHD and substance use disorders intersect: relationship and treatment implications*, 408-14. Retrieved from [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wilens+a+Fusillo+\(2007\)+ADHD](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wilens+a+Fusillo+(2007)+ADHD)

ZAPOLSKI, T. C., SETTLES, R. E., CYDERS, M. A., SMITH, G. T. (2010). *Independent practitioner*. **Borderline Personality Disorder**, Bulimia Nervosa, Antisocial **Personality Disorder**, ADHD, Substance Use: Common Threads, Common Treatment Needs, and the Nature of Impulsivity, 30(1): 20-23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21253443>

American Psychiatric Association (2013).

<http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/diagnosis.html>

Diagnostická kritéria závislosti (2003, April 23). drogy-info.cz.

Retrieved from [http://www.drogy-](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/diagnosticka_kriteria_zavislosti)

[info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/diagnosticka_kriteria_zavislosti](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/diagnosticka_kriteria_zavislosti)

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů:

MKN-10: desátá revize aktualizované verze k 1. 1. 2009, (2008). Vydání 2. Praha:

Bomtom Agency

World Health Organization (2003). Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 Symptoms Checklist. Retrieved from

http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/18Q_ASRS_English.pdf

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Jméno a příjmení klienta/klientky:

INFORMOVANÝ SOUHLAS KE ZPRACOVÁNÍ DAT

Úvodní informace

Název výzkumné práce: Souvislosti mezi projevy ADHD v dětství, dospělosti a užíváním návykových látek: případová studie

Řešitel: Denisa Šťastná, studentka adiktologie na 1. lékařské fakultě LF UK

Účel: bakalářská práce v bakalářském studiu oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Zabezpečení osobních údajů

Dotazníky a případné doplňující informace budou kódovány a zpracovány anonymně. V žádném výstupu z této výzkumné práce se neobjeví osobní údaje klienta ani údaje o zařízení.

Případové ilustrace budou zpracovány tak, že nebude možné klienta identifikovat.

Řešitel výzkumné práce je vázán povinnou mlčenlivostí zdravotnického pracovníka.

Prohlášení klienta

Prohlašuji, že souhlasím s účastí ve výzkumu pro účely výše uvedené bakalářské práce studentky oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Moje účast ve výzkumu je dobrovolná. Mám v kterémkoliv okamžiku právo svou účast ve výzkumu bez udání důvodů ukončit.

Prohlašuji, že souhlasím se zpracováním údajů o mé osobě pro studijní za podmínky, že výzkumník je povinen o nich zachovat mlčenlivost a zacházet s nimi takovým způsobem, aby nebylo možné identifikovat mou totožnost a aby byla zachována moje osobní důstojnost a moje práva.

Místo, datum:

Podpis klienta/klientky:

Příloha č. 2 Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí práce PhDr. Lence Čablové za odborné a zkušené rady při vedení mé bakalářské práce. Děkuji za trpělivost a příjemnou spolupráci.